



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva

Nármada Divina Fontenele Garcia

AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO DAS ESTRATÉGIAS DE
CONTROLE DA MALÁRIA NOS MUNICÍPIOS CANTÁ E SÃO JOÃO DA
BALIZA – RORAIMA, BRASIL.

Brasília

Julho de 2014

Nármada Divina Fontenele Garcia

**Avaliação De Estrutura E Processo Das Estratégias De Controle Da
Malária Nos Municípios Cantá E São João Da Baliza – Roraima, Brasil.**

Monografia apresentada para a Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília com a finalidade de avaliar o programa de malária nos municípios de Cantá e São João da Baliza do estado de Roraima. A avaliação que este estudo propõe está voltada para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva, contribuindo para qualificação profissional dentro dos princípios de diretrizes do SUS.

Orientador: José Antonio Iturri de La Mata

Brasília

Julho de 2014

Nármada Divina Fontenele Garcia

**Avaliação da Estrutura e Processo das Estratégias de Controle Da
Malária nos Municípios Cantá e São João Da Baliza - Roraima, Brasil.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: José Antonio Iturri de La Mata

_____, de _____ de 20____.

Local dia mês ano

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata, Doutor em Ciências da Saúde. (Orientador)

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Marcos Takashi Obara, Doutor em Ciências da Saúde. (Membro)

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília – UnB

Prof. Ms. Sérgio Ricardo Schierholt, Mestre em Ciências da Saúde (Membro)

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos recebidas, pelo dom da vida e pelo dom da aprendizagem. Agradeço principalmente pelo apoio da minha família, pelo incentivo em concluir este trabalho, por estar sempre do meu lado em minhas loucuras. Ao meu pai Olier Garcia de Almeida, que sempre apoiou e ensinou tudo do bom e do melhor. À minha mamãe linda Roselene Fontenele Reis, que com muito carinho, amor, compreensão e dedicação me deu uma educação preciosa. Ao meu padrasto Nivando Barbosa da Silva que é um homem de grande incentivo para o meu crescimento pessoal. Agradeço também ao meu irmão mais velho, Joab Fontenele Garcia, que mesmo me chamando atenção para ser uma melhor pessoa, sempre me apoiou. Ao meu irmão do meio Neandro Barbosa Narciso, meu confidente, a minha irmã linda, preciosa e meiga, Isabela Fontenele Garcia, e ao meu irmão caçula Victor Murta Garcia que eu amo muito.

Agradeço ao Colégio Ideal Ensino Médio e seu corpo docente, que no meu primeiro dia de aula me colocaram na cabeça que eu precisava ser universitária e acreditaram nos meus esforços, mesmo diante dos empecilhos da vida. Em especial, Américo, Aloisio Júnior, Celina, Quico.

Agradeço à Universidade de Brasília, campus Ceilândia, seu corpo docente, administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

A Coordenação Geral do Programa de Controle da Malária, que me disponibilizou o espaço para a confecção da primeira versão deste trabalho, em especial a coordenadora Dra. Ana Carolina Faria e Silva Santelli, que me deu oportunidade de estagiar na coordenação.

Aos municípios Cantá e São João da Baliza e aos apoiadores dos mesmos, Luciana Pires e Joel Machado respectivamente, que se empenharam para as respostas dos instrumentos, que dispuseram do seu tempo e se dedicaram com muita presteza e carinho para a coleta dos dados necessários.

Ao meu supervisor consultor técnico da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária – CGPNM/DEVEP/SVS/MS, Eduardo Saad que colaborou para a primeira versão deste trabalho, que com tanta presteza incentivou-me no produto, teve

paciência e me orientou em todos os dias de estágio supervisionado 3 em Saúde Coletiva. A minha amiga Camila Damasceno, linda e esforçada, tirou do seu tempo precioso para ler e dar opiniões e a colega Poliana de Brito Ribeiro trabalhadoras e incentivadoras para que o CGPNCM funcione adequadamente.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Antônio Iturri pelo conhecimento transmitido, pela dedicação que me instruiu nos caminhos necessários para a execução de pesquisa científica compromissada e objetiva com rigor argumentativo e clareza conceitual.

A banca examinadora, Prof. Dr. Marcos Takashi Obara, Prof. Ms. Sérgio Ricardo Schierholt, por aceitarem participar deste estudo, doando seu tempo precioso para o aperfeiçoamento e conclusão do mesmo.

Obrigada a minha terapeuta Diretora Administradora Psicóloga na empresa Clínica Saint Germain, Leila Felizardo. Hoje quero lhe dizer que sem você eu jamais teria me descoberto. Obrigada por estar ao meu lado todos os dias, desde o primeiro encontro. Você me ajudou a encarar meus medos, escutou minhas dúvidas e receios e nunca me julgou. Por mostrar uma maneira diferente de enxergar os problemas, por ajudar a encontrar um caminho para minha realização pessoal! Por injetar o otimismo na minha vida de um jeito que só Deus para mandar alguém assim tão especial.

Obrigada a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Obrigada a minha prima amiga Regisllane Ribeiro, que me orientou e me esclareceu dúvidas simples, me recebeu em sua casa e dispôs do seu tempo precioso para me orientar, escutar e corrigir. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês, inclusive Bruno Thompson Belfort, que deu assistência técnica de ótima qualidade e agilidade nas horas mais difíceis com minha principal ferramenta de trabalho, o notebook. Obrigada ao meu colega Fábio Mendonça por ter me ajudado, mesmo pela distância. Obrigada ao meu ilustríssimo amigo Consultor Legislativo do Senado Federal Alexandre Guimarães que me abriu os olhos com relação ao TCC. Obrigada a minha colega de turma Maíra Ramos pelo apoio e consideração. Obrigada ao meu professor de Português Instrumental, Sandro Xavier que ministrou esta aula tão válida no primeiro semestre de 2009, e desde então me ajuda com o português. Obrigada pela ajuda e incentivo, Kétully Alves, minha florzinha.

Agradeço de coração aos meus amigos companheiros de risadas, de felicidade, de baladas, de igreja. São pessoas que fizeram parte do meu desenvolvimento como universitária, vou levar para a vida inteira. Com certeza este meu produto também é de vocês, pois sem vocês ao meu lado me incentivando nas aulas e nas provas, fazendo grupo de estudos, brincando e zutando um da cara do outro, jamais poderia concluir com louvor. Ao meu quarteto fantástico + 1: Thaiane Sena, Geciana Peixoto, Thaís Oliveira e Caio Felipe, e a todos que moram em meu coração.

Por fim, agradeço a mim mesma, pelo esforço, dedicação e superação para a conclusão deste curso maravilhoso.

“Pedras no meu caminho? Guardo todas, daqui alguns anos construirei o meu castelo! Quer uma pedrinha para você construir o seu?”

Nármada Divina Fontenele Garcia

RESUMO

No Brasil, a região amazônica é considerada endêmica para malária, concentrando aproximadamente 99,7% do total de casos do Brasil. Na região norte, está localizado o estado de Roraima que possui 15 municípios e, dentre estes, dois são prioritários para o controle da doença, Cantá e São João da Baliza, que registraram em 2012 um IPA – Índice Parasitário Anual de 99,1 e 90,8 respectivamente. O estudo é uma avaliação normativa da qualidade da estrutura e processo do Programa Nacional de Controle da Malária nos municípios eleitos. Três Instrumentos de avaliação já aplicados pelo MSH - *Management Sciences for Health* nos estados do Brasil foram adaptados para a realidade de municípios. Os instrumentos possuem três eixos: Eixo 1: diagnóstico oportuno e tratamento, que possui nove critérios; Eixo 2: borrifação residual intradomiciliar, que possui oito critérios e o Eixo 3: mosquiteiros impregnados que possui também oito critérios. De acordo com os resultados apresentados, pode-se perceber que o programa de controle da malária adotado tanto no município de Cantá como em São João da Baliza, a implementação é intermediária e deficiente.

UNITERMOS: Malária, Índice Parasitário Anual, Avaliação Normativa, Qualidade, Estrutura, Processo, Controle da Malária.

ABSTRACT

In Brazil, the Amazon region is considered endemic for malaria, concentrating approximately 99.7% of the total cases of Brazil. In the northern region, is located in the state of Roraima who has 15 municipalities and, among these, two are priorities for disease control, Cornwall and St John's Beacon, which in 2012 recorded an IPA - Annual Parasite Index of 99.1 and 90.8 respectively. The study is a normative assessment of the quality of the structure and process of the National Malaria Control Program in selected municipalities. Three assessment tools already implemented by MSH - Management Sciences for Health in the states of Brazil have been adapted to the reality of municipalities. The instruments have three axes: Axis 1: timely diagnosis and treatment, which has nine criteria; Axis 2: indoor residual spraying, which has eight criteria and Axis 3: impregnated bed nets that also has eight criteria. According to the results presented, it can be noticed that the malaria control program adopted both in the county of Cornwall as St John's Beacon, the implementation is poor.

KEYWORDS: Malaria, Annual Parasite Index, Normative Evaluation, Quality, Structure, Process, Control of Malaria.

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Locais com risco de transmissão da Malária.....	20
Figura II: Localização do Município de Cantá (RR).....	21
Figura III: Localização do Município de São João da Baliza (RR).....	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - IPA (Casos/1.000 habitantes) por Município Provável Infecção em Roraima em 2012.....	24
Gráfico 2.- Índice Parasitário Anual do município de Cantá, Roraima, 2011 a agosto de 2013	26
Gráfico 3.- Índice Parasitário Anual do município de São João da Baliza, Roraima, 2011 a agosto de 2013.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Etapas do trabalho de campo.....	36
Tabela 2: Definição dos eixos.....	36
Tabela 3 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 1 – Diagnóstico Oportuno e Tratamento.....	42
Tabela 4 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 1 – Diagnóstico Oportuno e Tratamento	44
Tabela 5 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 2 – Borrifação Residual Intradomiciliar	46
Tabela 7 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 2 – Borrifação Residual Intradomiciliar.....	48
Tabela 8 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 3 – Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração.....	50
Tabela 9 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 3 – Borrifação Residual Intradomiciliar	52

LISTA DE ABREVIATURAS

BRI - Borrifação Residual Intradomiciliar

CA-CBPH - Center For The Advancement Of Community Based Public Health.

ESMS - Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização social

Fiotec - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

Funasa- Fundação Nacional de Saúde

IPA – Índice Parasitário Anual

MILD – Mosquiteiros Impregnados com Inseticida de Longa Duração

MS - Ministério da Saúde.

MSH – *Management Sciences for Health*

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PIACM - Plano de Intensificações de Controle da Malária na Amazônia Legal

PNCM - Programa Nacional de Controle da Malária

PPI-ECD - Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças

PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

SIAPS - Programa de Sistemas para melhorar o acesso e Serviços de Drogas

Vigisus - Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO E PROGRAMÁTICO	17
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA MALÁRIA	17
2.1.1 Diagnóstico.....	18
2.1.2 Tratamento.....	18
2.1.3 Controle vetorial.....	18
2.1.4 Mosquiteiros impregnados	19
2.1.5 Situação da Malária no Brasil.....	19
2.1.6 Malária No Estado De Roraima.....	20
2.1.7 Caracterização Dos Municípios Estudados	21
2.1.6.1 Cantá.....	22
2.1.6.2 São João da Baliza.....	23
2.2 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA.....	25
2.2.1 Avaliação de Acordo com o PNCM.....	25
2.3 MSH – Management Sciences for Health	26
2.3 AVALIAÇÃO	27
2.3.1 Avaliação Em Saúde.....	28
2.3.2 Avaliação normativa.....	29
2.3.3 Dimensões de estrutura, processo e resultado	29
2.3.4 Avaliação de Qualidade em Saúde	30
2.3.6 Matriz de Julgamento de um Programa.....	31
3 JUSTIFICATIVA	33
4 OBJETIVOS.....	34
4.1 OBJETIVO GERAL.....	34
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 Elementos do Modelo Lógico do PNCM	35
5.3 Instrumento de avaliação e adaptação do instrumento	36
5.1 IDENTIFICAÇÃO DA TÉCNICA UTILIZADA E METODOLOGIA.....	37
5.4 Adaptação dos instrumentos.....	39

6 RESULTADOS	39
6.1 ELEMENTOS DO MODELO LÓGICO DO PCNM NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS	40
6.2 Matriz de Julgamento do PCNM nos municípios estudados	42
7 DISCUSSÃO	58
7.1 Diagnóstico oportuno e tratamento.....	58
7.2 Borrifação residual intradomiciliar.....	59
7.3 Mosquiteiros impregnados	59
8 CONCLUSÃO.....	60
9 RECOMENDAÇÕES.....	60
10 REFERÊNCIAS	61
ANEXO 1 – Eixo 1 - Tabela de notas do Cantá - DIAGNÓSTICO OPORTUNO E TRATAMENTO.....	65
ANEXO 2 - Eixo 2 - Tabelas de notas do Cantá - BORRIFAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR	67
ANEXO 3 – Eixo 3 - Tabela de notas do Cantá MOSQUITEIROS IMPREGNADOS	69
ANEXO 4 – Eixo 1 - Tabela de notas de São João da Baliza DIAGNÓSTICO OPORTUNO E TRATAMENTO.....	71
ANEXO 5 – Eixo 2 - Tabelas de notas de São João da Baliza - BORRIFAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR.....	73
ANEXO 6 – Eixo 3 - Tabela de notas de São João da Baliza MOSQUITEIROS IMPREGNADOS	75
ANEXO 7 INSTRUMENTO 1: Coleta de Informação sobre Diagnóstico Oportuno e Tratamento na Esfera Municipal	77
ANEXO 8 - INSTRUMENTO 2: COLETA DE INFORMAÇÃO SOBRE BORRIFAÇÃO NA ESFERA MUNICIPAL	82
ANEXO 9 - INSTRUMENTO 3: COLETA DE INFORMAÇÃO SOBRE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS NA ESFERA MUNICIPAL	85
ANEXO 10 – DIAGNÓSTICO ENTOMOLÓGICO DE SÃO JOÃO DA BALIZA – 2013..	88

1 INTRODUÇÃO

A malária é uma doença produzida por protozoário do gênero *Plasmodium* e é vista como um grande problema de saúde pública a ser enfrentado por países tropicais e subtropicais. No Brasil a região Amazônica é o local onde se concentra a maioria dos casos, com aproximadamente 99,7% de casos autóctones. Suas condições ambientais e climáticas (alta umidade, temperatura, e presença de criadouros) tornam a região favorável à presença e abundância de espécies vetoras e da transmissão, exigindo uma atenção especial para o controle da endemia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Embora o país possua estratégias de prevenção e controle à doença, em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma nova estratégia, enfatizando o controle integrado da malária na rede de serviços de saúde. A partir daí surgiu o Programa de Controle Integrado da Malária (PCIM), criado pelo Ministério da Saúde (MS), que constatou que entre 1995 e 1998, houve redução do número de casos da malária de cerca de 16% (SILVA, 2009).

No ano 2000, houve um aumento significativo do número de casos de malária e, desta forma o MS colocou em o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária (PIACM) – que em 2003 foi substituído pelo Plano Nacional de Controle da Malária (PNCM) – cujo objetivo era reduzir a incidência da malária em 50% em um ano, em 254 municípios de nove Estados da Amazônia Legal, responsáveis por 93,6% dos casos de malária registrados no país em 1999 (SILVA, 2009). A Amazônia Legal corresponde a 59% do território do Brasil e é composto por nove estados: Acre, Amazonas, Amapá, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. De acordo com o IPEA (2008) o conceito de “Amazônia Legal foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorreram da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região (...)”.

O estado de Roraima, pertencente à Amazônia Legal, e é um dos estados que possui risco de transmissão da doença, causada por protozoários do gênero *Plasmodium* podendo ser de cinco espécies: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* e *P. knowlesi*. No Brasil apenas três espécies são responsáveis por casos de malária: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, sendo a última pouco frequente (Ministério da Saúde, 2001).

O acesso ao diagnóstico, tratamento oportuno e prevenção são de extrema importância para o controle da malária. É importante ressaltar que entre o diagnóstico e tratamento, são

considerados oportunos o período de até 48 horas entre o início dos sintomas e tratamento. Por isso, foram selecionados instrumentos a serem avaliados em busca de encontrar informações que possam ajudar na melhoria das atividades desenvolvidas. Os instrumentos utilizados foram: diagnóstico oportuno e tratamento, borrifação residual intradomiciliar – BRI, e mosquiteiros impregnados de longa duração – MILD.

O estudo tem como foco dois municípios do referido estado, sendo estes Cantá e São João da Baliza. Estes foram escolhidos principalmente por serem prioritários no controle da malária e também por contarem com ajuda de apoiadores para a coleta de dados. A figura do apoiador está descrita em 5. Metodologia.

Depois de ser analisados a estrutura e processo das estratégias que hoje estão sendo adotadas visando o controle da doença nos municípios citados será feito um modelo lógico teórico para o embasamento da avaliação deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E PROGRAMÁTICO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA MALÁRIA

A malária é uma doença causada por protozoário e é vista como um grande problema de saúde pública a ser enfrentado por países tropicais e subtropicais.

A transmissão da malária é feita por meio da picada da fêmea de mosquito do gênero *Anopheles* previamente infectado pelo plasmódio. Os plasmódios desenvolvem-se e multiplicam-se no estômago do mosquito infectando-o, com isso o mosquito pica os humanos transmitindo a doença. O período de incubação depende da espécie de plasmódio e do mosquito, podendo durar em média de sete a quinze dias. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, calafrios, cansaço, cefaléia, mialgia, entre outros. Para o diagnóstico, é realizado o exame da gota espessa ou teste rápido de malária, em qualquer posto de atendimento mais próximo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A doença transmitida em humanos é causada por protozoários do gênero *Plasmodium* podendo ser de cinco espécies: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* e *P. knowlesi*. No Brasil apenas três espécies são responsáveis por casos de malária: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, sendo a última pouco frequente.

2.1.1 Diagnóstico

Existem vários tipos de diagnósticos para a malária, o exame da gota espessa considerado como o padrão-ouro pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Neste exame retira-se uma gota de sangue na ponta do dedo do paciente para confirmação de presença ou ausência de parasita. Caso haja a presença de parasita, avalia-se a densidade parasitária e identifica-se a espécie para a dispensação de tratamento adequado. *(MS. DIAGNÓTICO E TRATAMENTO)*.

2.1.2 Tratamento

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2008: p. 107) elaborado pela Vigilância em Saúde, o tratamento adequado para a malária é considerada “hoje o principal alicerce para o controle da doença”. O tratamento do paciente varia de acordo com a gravidade da doença, espécie do plasmódio, idade do paciente, história de exposição do anterior à doença e sustentabilidade dos parasitos aos antimaláricos convencionais. A decisão de qual dose o paciente irá usar vai depender da relação peso/idade, pois é fundamental que seja ajustada ao peso do paciente.

Para o tratamento de malária falciparum não complicada, os medicamentos utilizados são combinações contendo derivados de artemisinina – ACTs, que são esquizotomicidas sanguíneos potentes que agem diretamente na eliminação do parasita e na melhoria dos sintomas em menor tempo que outros medicamentos antimaláricos. A quantidade de comprimidos a serem ingeridos depende do tipo e gravidade da doença e varia de acordo com a idade e peso do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

De acordo com o Guia para Gestão Local do Controle da Malária Diagnóstico e Tratamento (2008), para garantir um diagnóstico precoce e tratamento oportuno, a população deve “ter acesso a um posto diagnóstico e tratamento em menos de 24 horas do início dos sintomas”.

2.1.3 Controle vetorial

A borrifação residual intradomiciliar (BRI) é um dos métodos recomendados pela OMS e PNCM para controlar o vetor transmissor do protozoário que produzem a malária e é feito por meio de aplicações de inseticida de efeito residual nas paredes internas das residências, uma vez que o mosquito possui o hábito de picar no interior das residências e permanece dentro

das mesmas repousando. Esse método só é eficaz se no mínimo 80% das residências forem borrifadas numa área definida de importância epidemiológica. Devem ser consideradas características tais como, paredes completas de madeira e alvenaria. Os ciclos dependem da durabilidade do inseticida devendo manter uma boa qualidade da aplicação e refazendo a aplicação a cada três meses dependendo do inseticida utilizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: p.30).

2.1.4 Mosquiteiros impregnados

Os Mosquiteiros Impregnados com Inseticida de Longa Duração é outra estratégia recomendada para o controle da malária, que funciona como uma barreira física impedindo o contato homem-vetor. Devem ser instalados pelos agentes de saúde e monitorados por meio de visitas periódicas, em conjunto com atividades de educação em saúde a fim de orientar e conscientizar a população quanto ao uso rotineiro em todas as noites, e quanto a quantidade de lavagens. O número de lavagens depende do fabricante do mosquiteiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: P.31).

2.1.5 Situação da Malária no Brasil

A região Amazônica é o local onde se concentra a maioria dos casos, com aproximadamente 99,7% deles (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2013). Suas condições ambientais e climáticas (alta umidade, temperatura, e presença de criadouros) tornam a região favorável à presença e abundância de espécies vetoras e da transmissão, exigindo uma atenção especial para o controle da endemia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, *os casos registrados de malária no Brasil vem diminuindo progressivamente*, ou seja “de 2000 a 2011 com exceção apenas do estado do Acre, que apresentou um incremento final de 4,8%”. No entanto, em 2013 o número de casos foi superior a 300.000 em todo país (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2013: p. 4).

A Região Amazônica conta com mais de 3000 laboratórios, 33,7% deles concentrados no estado do Amazonas. A rede de diagnóstico da malária deste local realizou 2.565.616 exames no total, no ano de 2011. “O estado do Amapá apresentou um aumento de 21,3% no número de exames em relação a 2010. E o estado que apresentou maior redução no

quantitativo de exames foi Roraima, com 19,5%” (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2013: p. 3).

Abaixo pode ser verificada a distribuição espacial dos riscos de transmissão da doença do Brasil.

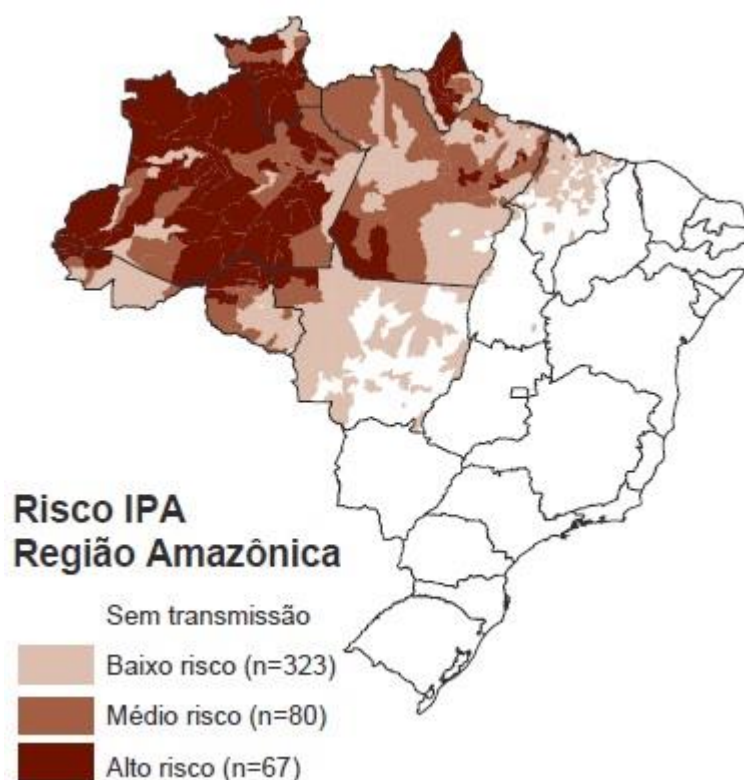


Figura I: Locais com risco de transmissão da Malária (MS, 2010)

2.1.6 Malária no Estado de Roraima

Existem seis estados da Região Amazônica que no ano de 2011 registraram 98,0% dos casos de malária: Pará, Amazonas, Rondônia, Acre, Amapá e Roraima.

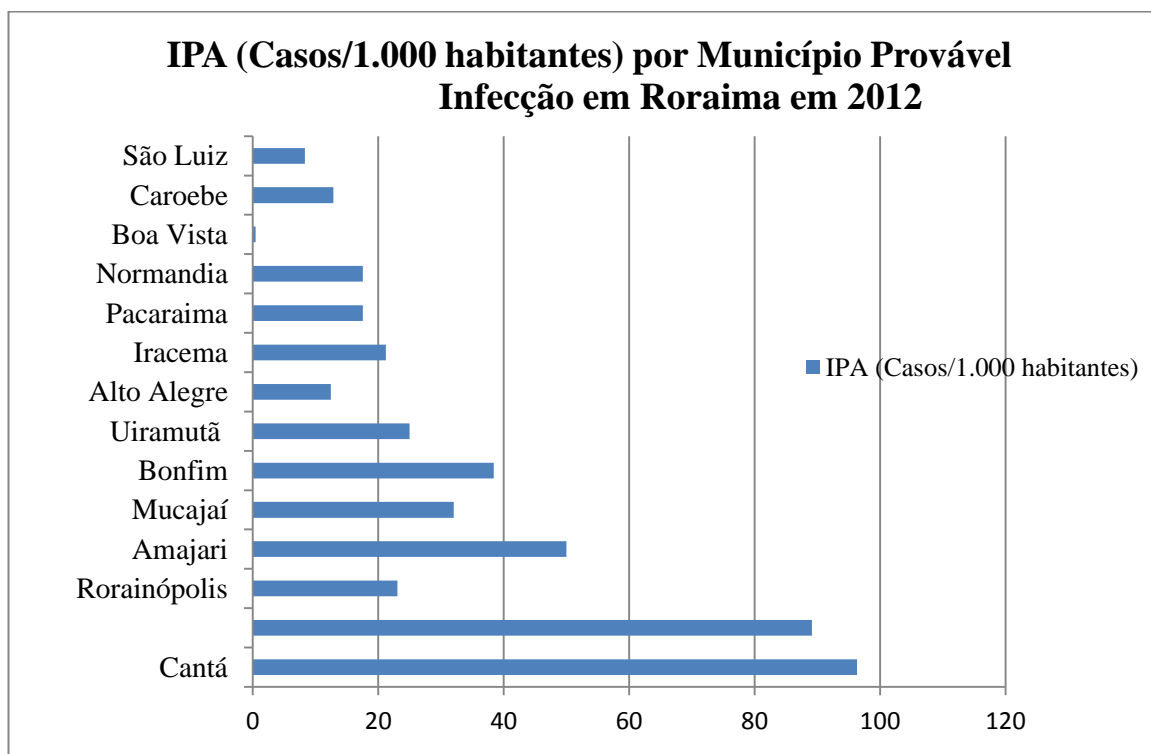
O clima do estado é tropical úmido do tipo "A" e o subtipo é “(...) AW: clima tropical chuvoso com predomínio de savanas. É quente e úmido, com estação chuvosa no verão.” (SEPLAN, 2012: p.12).

Roraima possui 12 municípios: Amajari, Boa Vista, Bonfim, Cantá, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã.

O IPA do estado em 2012 foi registrado com 12,2 (SIVEP-MALÁRIA, 2013).

De acordo com o gráfico 1 abaixo, observamos que os três municípios que possuem altos índices são: Cantá, São João da Baliza e Amajari. O Índice Parasitário Anual por Município Provável de Infecção de Cantá foi de 96,35 e em São João da Baliza 89,14, seguido por Amajari, com 50,02.

Gráfico 1 - IPA (Casos/1.000 habitantes) por Município Provável Infecção em Roraima em 2012.



Fonte: SIVEP-MALÁRIA/SVS – Ministério da Saúde

2.1.7 Caracterização dos Municípios Estudados

Ambos municípios foram escolhidos principalmente por serem prioritários no controle da malária e também por contarem com ajuda de apoiadores para a coleta de dados.

O estudo foi restrito a dois municípios do estado de Roraima, sendo estes os municípios de Cantá e de São João da Baliza, cada qual caracterizado separadamente a seguir:

2.1.6.1 Município de Cantá

Localizado na região centro-leste do Estado de Roraima, possui clima quente e semi-úmido com 5 a 6 meses secos e duas estações bem definidas: verão (época seca) e inverno (época de chuva). A média da temperatura é de 27,5°C, com índices pluviométricos irregulares ao longo do ano, com média 1.900 mm/ano (Seplan, 2012).

Dista 25 km da capital do estado, Boa Vista, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 possuía 13.778 habitantes.

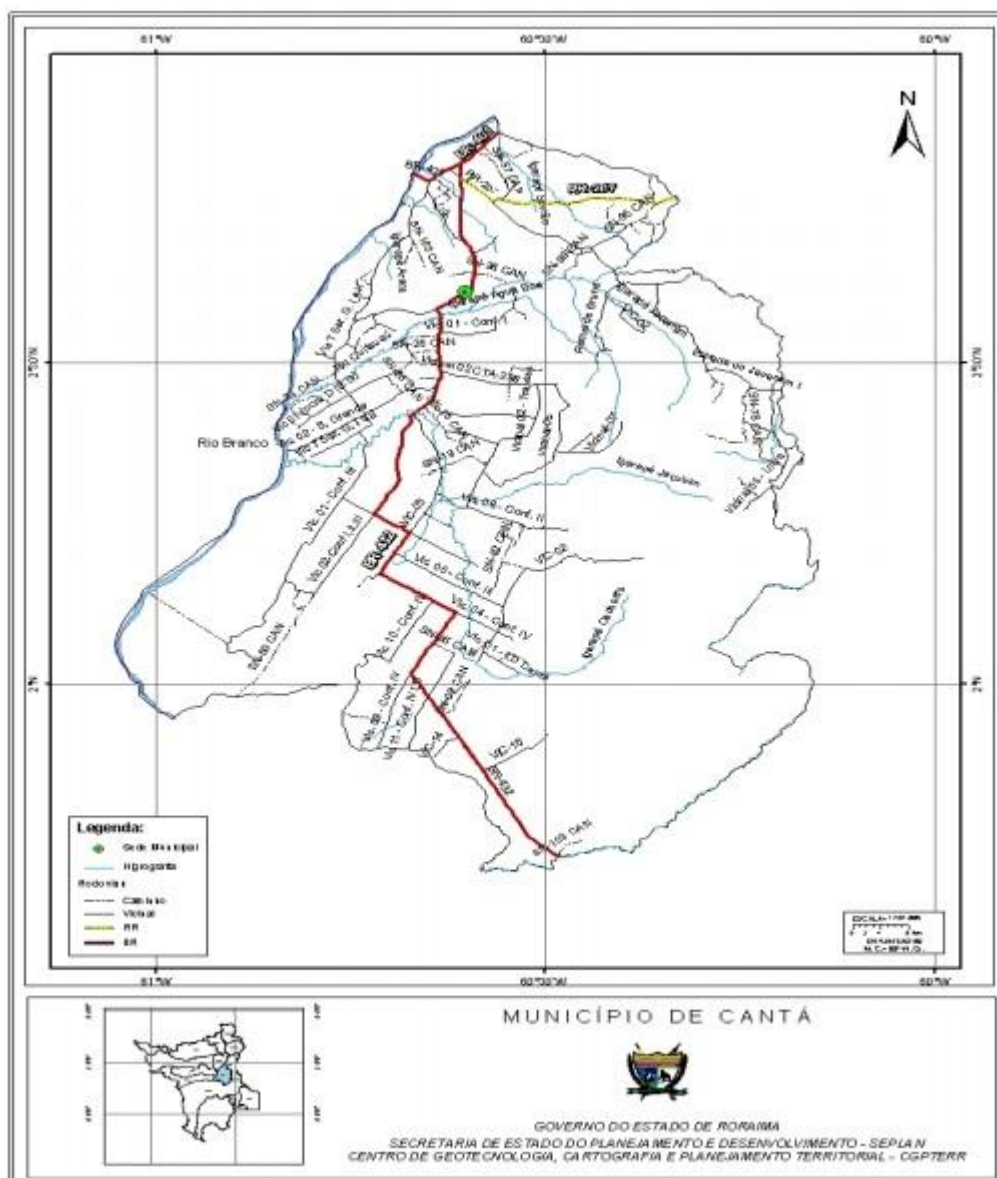
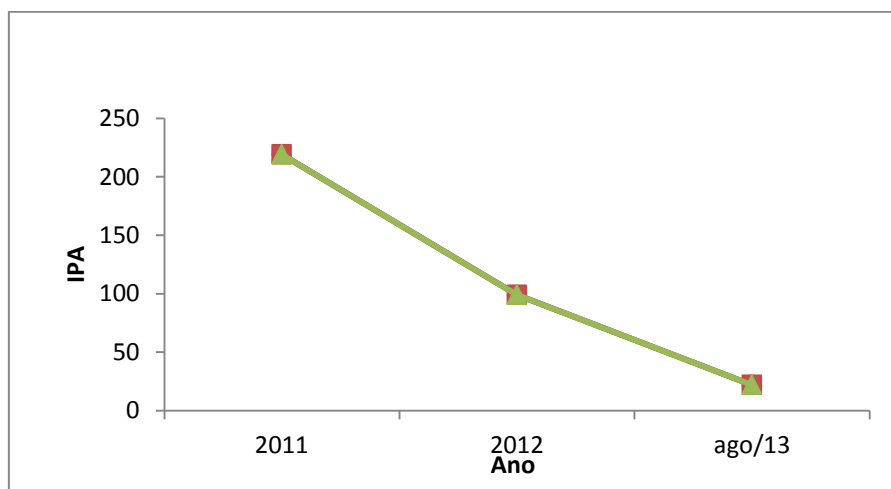


Figura II: Localização do Município de Cantá (RR)

Em 2011, Cantá apresentou aumento de incidência por malária, para cada mil pessoas, 219 estavam infectadas por malária. As ações foram intensificadas no ano de 2012 e este IPA foi reduzido para 99,1, mas ainda representava alto risco. Até agosto de 2013 o IPA foi registrado com 22,9, (dados parciais, sujeito a modificações) considerado de médio risco. De acordo com o gráfico 2, este índice reduziu quase 90% e a tendência é de fechar este ano com um índice menor ainda

Gráfico 3.- Índice Parasitário Anual do município de Cantá, Roraima, 2011 a agosto de 2013



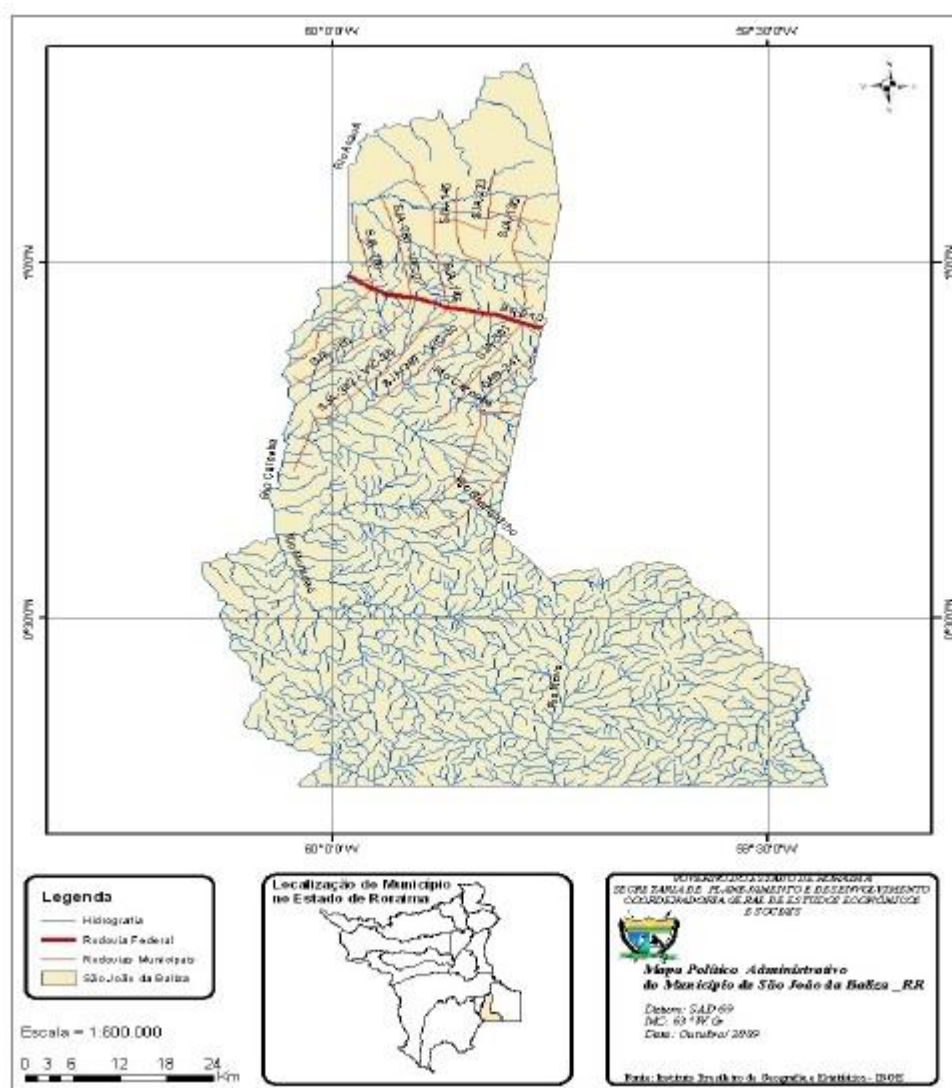
Fonte: SIVEP- Malária.

2.1.7.2 Município de São João da Baliza

Localizado na região sudeste do Estado de Roraima, possui clima caracterizado em “AW” e “Aji”, Aw é um subclima classificado como tropical úmido com pequeno período de seca durante o ano e “Aji” classificado como tropical chuvoso sem estação seca. A média da temperatura é de 27°C, com índices pluviométricos irregulares ao longo do ano, com média 1.750 mm/ano (Seplan, 2012).

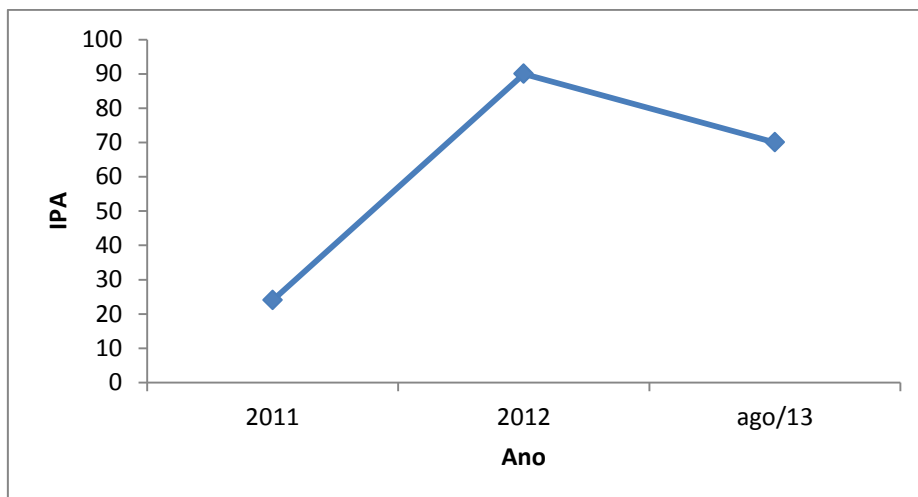
Dista 238,9 km da capital do estado, Boa Vista, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 possuía 6.769 habitantes.

Figura III: Localização do Município de São João da Baliza (RR)



São João da Baliza registrou o inverso em comparação ao município Cantá. De acordo com o gráfico 2, em 2011 o IPA de 24,6 foi considerado uma taxa de médio risco, e em 2012 esse índice subiu para 90,8. Até agosto de 2013 o município registrou um IPA de 70,2 (dados parciais, sujeito a modificações) e caso as ações de controle da malária não forem intensificadas o índice pode aumentar.

Gráfico 4- Índice Parasitário Anual do município de São João da Baliza, Roraima, 2011 a agosto de 2013



Fonte: SIVEP-Malária. Dados parciais, sujeitos a modificações.

2.2 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA MALÁRIA

Para conter o aumento da incidência de malária nos anos 1998 e 1999, técnicos do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde e profissionais de diversas instituições brasileiras, foi criado o PIACM - Plano de Intensificações de Controle da Malária na Amazônia Legal, e este “plano teve como objetivo reduzir em 50%, até o final do ano de 2001, a morbimortalidade por malária, evitar o surgimento de epidemias localizadas, reduzir a sua gravidade e, conseqüentemente, o número de internações e óbitos” (LADISLAU, 2005: p. 32). O plano foi aplicado prioritariamente em 254 municípios da Amazônia Legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006: p. 11).

O Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM foi criado no segundo semestre de 2002 pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa para a prevenção e controle do agravo e dar continuidade ao PIACM extinto no mesmo ano (BRASIL, 2004: p. 09).

2.2.1 Avaliação de Acordo com o PNCM

Os indicadores de avaliação que são utilizados pelo PNCM foram aprovadas na “(...) conferência interministerial de Amsterdã, em 1992. Estes indicadores propõem a medir o alcance dos objetivos gerais (...)” (BRASIL, 2003: p. 44) ou seja, mensurar os objetivos dos resultados e dos processos utilizados pelo programa. Para o indicador resultado, temos o IPA- Índice Parasitário Anual, o IPM - Incidência Parasitária Mensal, a série histórica de cinco anos do número de casos mensais, coeficiente de mortalidade em relação à população; coeficiente de letalidade em relação ao total de casos; proporção de *Plasmodium falciparum*

em relação ao total de casos; proporção de casos de malária internados em relação ao total de casos; taxa de internação por malária em relação à população; proporção de municípios com transmissão de malária em áreas urbanas, em relação ao total de municípios com transmissão; proporção de municípios com reintrodução da transmissão da malária, em relação aos municípios em que a transmissão foi interrompida. Para o indicador processo, existem vários subitens em relação à: apoio à estruturação dos serviços locais de saúde, diagnóstico e tratamento, fortalecimento da vigilância em saúde, capacitação de recursos humanos, educação em saúde, comunicação e mobilização social, controle seletivo de vetores, pesquisa, monitoramento do PNCM e sustentabilidade política.

Dos indicadores mencionados acima, o PNCM destaca (BRASIL, 2003: p. 44), o IPA - Índice Parasitário Anual, que é utilizado para mensurar a incidência de malária e definir o grau de risco. O IPA está relacionado com o número de exames positivos em malária por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Possui três graus de riscos: baixo (até 9,9) médio (10,0 a 49,9) e alto (maior ou igual a 50,0).

2.3 MSH – Management Sciences for Health

O Management Sciences for Health é uma organização sem fins lucrativos, fundada em 1971, que estuda a saúde no mundo. Suas abordagens são desenvolvidas há mais de 40 anos e vêm ajudando os gestores de saúde, no desenvolvimento de inovações de sistemas de saúde que causem maiores impactos e resultados. Já desenvolveu e atuou em mais de 150 países para melhorar a qualidade, acessibilidade e disponibilidade dos serviços prestados. Atende aos problemas de saúde prioritários, tais como HIV e AIDS; tuberculose; malária; saúde materna, neonatal e infantil; planejamento familiar e saúde reprodutiva; e as doenças crônicas não-transmissíveis como câncer, diabetes, e de pulmão e doenças cardíacas (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2014).

Trabalha com países em desenvolvimento como: Ásia, Oriente Médio, Norte da África, Europa, Eurásia, América Latina, Caribe, África Subsaariana e estados frágeis. A missão que o MSH propõe está ligada a salvar vidas de pessoas e na melhoria da saúde dos países mais pobres do mundo. Visa o mundo onde as pessoas podem ter a oportunidade de conhecer uma vida saudável (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2014). Em 2012 as autoridades nacionais de malária no Brasil solicitou apoio SIAPS / MSH adaptar as ferramentas para se o

nível dos Estados Federal do Brasil, com a intenção de fazer uma rápida avaliação de desempenho na implementação de estratégias para o controle da malária no nível estadual.

Segundo Flores (2013: p. 5) o estudo que o MSH propôs é uma rápida avaliação do “desempenho das estratégias de controle da malária, utilizando os critérios de aptidão, é uma ferramenta de gestão desenvolvido pela equipe técnica SIAPS / MSH em colaboração com peritos dos países da AMI / RAVREDA”. De acordo com o relatório emitido, a matéria é de responsabilidade da “(...) Management Sciences for Health e não necessariamente refletem os pontos de vista da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional ou do Governo dos EUA de Desenvolvimento”.

SIAPS é um Programa de Sistemas para melhorar o acesso e Serviços de Drogas, que procura assegurar “(...)a disponibilidade de medicamentos de qualidade e eficazes para alcançar os resultados desejados de serviços de saúde farmacêuticas” (FLORES, 2013: p. 8).

2.4 AVALIAÇÃO

A avaliação é o estudo feito de forma rigorosa e com base científica, visando identificar informações sobre as atividades que um programa exerce, características e resultados alcançados (THE GLOBAL FUND (2009: p. 12).

Figueiró (2010: p.1) lembra que nosso dia a dia está repleto de perguntas que nos indagamos para nos organizarmos. Para nos prepararmos de forma mais adequada, definimos prioridades e, decisões são tomadas a partir de avaliações. Por exemplo, nos perguntamos por que não estamos alcançando as metas que definimos com o programa de emagrecimento? Ou simplesmente nos perguntamos se a roupa que estamos usando está adequada para aquela ocasião. Ou seja, existem uma diversidade de perguntas que utilizamos para responder questões que levantamos.

Brousselle (2011: p. 42) afirma que “avaliar é uma ação humana habitual que depende, muitas vezes, da intuição e da opinião. (...) a ação de avaliar pode ser também um exercício de sistemática que demanda uma *expertise* e pertence ao campo da pesquisa.”. Para ele, a gestão em saúde faz uma distinção entre controle e avaliação:

“O controle tem, essencialmente, um objetivo formativo. Ele constitui um sistema de verificação que tem por objetivo certificar-se da execução de um trabalho,

identificar as anomalias e os erros, se for o caso, remediá-los e comparar os resultados obtidos com os objetivos focalizados. Podemos entender que formativo e normativo, citado anteriormente, são iguais”.

2.4.1 Avaliação em Saúde

A avaliação em saúde é uma ferramenta fundamental que traz benefícios para uma melhor execução do programa. Por meio dela que podemos observar e garantir que todos os setores do programa estão trabalhando para a efetividade do mesmo. De acordo com o Center For The Advancement Of Community Based Public Health - CBPH (2000: p. 9), programa pode ser considerado uma “(...) série de atividades apoiadas por um grupo de recursos com a intenção de atingir resultados específicos entre indivíduos, grupos e comunidades”.

“A avaliação é uma atividade essencial para os administradores que devem a todo momento emitir juízos sobre sua organização e seu funcionamento, e isso por razões estratégicas, formativas e somativas, (...) a avaliação pode acontecer durante o planejamento (perspectiva estratégica), durante a execução (perspectiva formativa) ou bem depois (perspectiva somativa)” (BROUSSELLE, 2013: P. 78).

De acordo com Frias (2013: p. 43), a preocupação em avaliar programas em saúde aumentou nos últimos anos. Isso vem acontecendo porque o sistema de saúde deve responder às demandas que são “decorrentes dos processos de transição demográfica e epidemiológica”. Avaliações formativas tem por finalidade fornecer dados que podem ser aplicados rapidamente pelos envolvidos, uma vez que ajudam a “identificar precocemente possíveis problemas e assegurar-se do seu desenvolvimento conforme planejado” (FRIAS. 2013: p. 7)

De acordo com THE GLOBAL FUND, no documento “Caixa de Ferramentas (Toolkit) de Monitoramento e Avaliação, HIV, Tuberculose e Fortalecimento dos Sistemas de Saúde” (2009: p.12) a avaliação demanda esforços notáveis:

“A avaliação do impacto de um programa exige um investimento considerável nos esforços de M&A, sendo difícil, às vezes, verificar até que ponto programas individuais ou componentes individuais dos programas contribuem para a redução geral do número de casos e aumento da sobrevivência.”

2.5.2 Avaliação normativa

A avaliação normativa é uma atividade que “(...) procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas” (BROUSSELLE, 2011: p.77). Para Figueiró (2013: p.10 e 46) a avaliação normativa busca julgar uma intervenção de acordo com sua estrutura, processos e resultados. Estrutura pode ser vista como “características relativamente estáveis de seus provedores, aos insumos e recursos, bem como as condições físicas e organizacionais”. O processo pode ser entendido como as atividades prestadas e como são. Por sua vez, o resultado são os efeitos propostos pelo programa, ou seja, “mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes”.

2.3.3 Dimensões de estrutura, processo e resultado

A estrutura de um programa possui três componentes para ser operado: estrutura física, organizacional e simbólica. A primeira se refere à “volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados”; A estrutura organizacional imputa “conjunto de leis, regulamentos, convenções e regras de gestão, que definem como os recursos são repartidos e trocados”. Já a estrutura simbólica se refere ao “conjunto de crenças, representações e valores que permitem aos diferentes atores envolvidos na intervenção comunicar-se entre eles e dar sentido a suas ações”.

Tanaka e Melo (2004) afirmam que para facilitar a compreensão dos interesses e conflitos que vão influenciar nos resultados da avaliação, é melhor começar pelo processo. Donabedian (1980) também concorda que para o exame da qualidade, este é o caminho mais rápido e direto. Figueiró (2010: p.47) menciona em livro sobre a opinião de Champagne e cols (2009), que distingue “processo em avaliações normativas: técnica, interpessoal e organizacional”. Técnica se refere às especializações dos profissionais e a execução do mesmo, “(...) a dimensão interpessoal considera aspectos da subjetividade, denominada pelos autores comunicação e a dimensão organizacional que envolve a acessibilidade, cobertura e coordenação/continuidade dos cuidados”.

Para avaliar a qualidade dos resultados, possivelmente vamos recorrer a à abordagem de processo para ser identificada com melhor precisão. Por serem difíceis de mensurar, os resultados demandam um pouco mais de atenção e tempo de observação para que se tenha um bom resultado do impacto (Figueiró, 2010: p. 48). Figueiró cita que o autor Habitch e cols (1999) propõe o método de avaliar começando pelo fornecimento do serviço, onde se procura

responder questões como a avaliabilidade do serviço e se o mesmo é acessível e adequado, e passando por questões que se referem a sua utilização e cobertura e, finalmente impacto. Figueiró também cita Contandriopoulis e cols, concluiu que resultado pretende saber “(...) se os resultados encontrados correspondem aos esperados(...)”.

2.3.4 Avaliação de Qualidade em Saúde

A qualidade proposta pela avaliação de programas e/ou intervenções se refere em ter “como característica principal a atribuição do juízo de valor” e deve ser averiguada levando em conta “(...) as complexidades do sistema de saúde e da sociedade em constante evolução” (Figueiró, 2011: p.43).

Existem diversos termos para definir qualidade, “(...) como aspectos de excelência, expectativas ou objetos que devem ser alcançados, ausência de defeitos e adequação para o uso, que de certa forma definem em bons ou ruins dando a noção da qualidade dos programas ou servidos em termos quantificáveis”. Utiliza parâmetros ou atributos que irão ajudar na definição para a “(...) construção de instrumentos a serem utilizados na avaliação (Figueiró, 2011: p.44 e 45).

Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação de qualidade: Figueiró (2013: p.45) cita que “Donabedian (1966) propôs uma avaliação da qualidade do cuidado médico a partir da tríade estrutura, processo e resultados”. Esta tríade se baseia no Modelo Sistêmico de Donabedian que observa relação entre estes componentes. Donabedian (1990) explica que avaliação de qualidade pode ser definida também por sete pilares: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Brousselle menciona em livro que “A Sociedade Canadense de Avaliação, criada em 1985, que a avaliação é a análise de uma ação fundamentada, visando a certos objetivos, em termos de pertinência, implantação e resultados” (BROUSSELLE et al, 20011). Estas dimensões de uma intervenção ou programa podem ser consideradas, também, como elementos da avaliação de qualidade no chamado Modelo Sistêmico de Donabedian (Frias et al., 2010).

Por fim, Facchini (2013) afirma que a avaliação não deve ser concebida como atemorização, “pois, um poderoso instrumento de mudança não deve ser visto como uma

ameaça, mas sim como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade”. 2.3.5 Modelo Lógico de um Programa

Para que possamos evitar erros de imprecisão, o avaliador deve “(...) reconstruir o objeto a ser avaliado e evitar erros nos resultados”, podemos usar a estratégia de modelagem de programa. A modelagem utilizada pelo avaliador é de extrema importância para a compreensão da complexidade do programa, afim de evitar erros futuros. O modelo lógico é um resumo do funcionamento do programa que irá fornecer “(...) uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, produtos e resultados)” (SAMICO, 2010: p. 66).

Para Champagne et. al (2011: p.61), avaliar um programa ou serviço de saúde, faz se necessário “(...) começar por defini-la e estabelecer-lhe o modelo lógico, pois é raro que se disponha desde o início de um modelo explícito”. Brousselle et al. (2011: p.71) enfatiza que o modelo lógico nos “permite compreender a política implementada e a contribuição respectiva de cada um de suas partes”. Dependendo da complexidade do programa, a construção lógica pode ser muito simples ou muito complexa (BROUSSELLE et al. 2011: p.71). Bezerra et. al (2010: p. 67) afirma que “a modelagem de programas mais complexos pressupõe detalhamento da teoria do programa, visando a uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos envolvidos na sua implementação”.

Seguindo orientações de Samico et al. (2010) e do Brousselle et al. (2011) faz se necessário a descrição do modelo lógico. O modelo lógico do Programa Nacional de Controle da Malária se encontra na seção Resultado.

2.3.6 Matriz de Julgamento de um Programa

A matriz de julgamento é construída a partir de critérios, indicadores e padrões. A matriz deve conter a pontuação máxima esperada, a descrição do valor ou ponto de corte, o valor observado, o valor atribuído, o julgamento segundo o valor atribuído, julgamento em três estratos e/ou em quatro estratos.

A pontuação máxima esperada se refere a nota máxima que aquele critério pode ter. A descrição do valor diz respeito ao intervalo aceitável para cada variável. O valor observado é a nota coletada pelo avaliador. O valor atribuído se refere a nota observada de acordo com os pontos de corte estabelecidos. O julgamento se refere a “categorização na qual aquele item

estudado será enquadrado”. O julgamento em três estratos pode ser em implantação satisfatória ou plena, implantação parcial ou média, ou implantação incipiente. Para o julgamento em quatro extratos, temos o acesso satisfatório ou adequado, acesso parcial, acesso incipiente e acesso desfavorável (SAMICO, 2013: p. 98).

A matriz de julgamento se descreve na seção de metodologia e sua aplicação se encontra na seção Resultado, com os critérios e padrões de julgamentos elaborados pela autora.

3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo foi concebido durante o estágio realizado na Coordenação Geral de Controle da Malária no período de setembro a dezembro de 2013. A avaliação em saúde sempre despertou interesse e para a autora, o Brasil precisa melhorar programas de forma eficaz, para que isto aconteça, devemos detectar as falhas, que serão descobertas a partir do estudo de avaliação.

Em decorrência da região de risco mostrada na Figura 1 e visando restringir os pontos de pesquisa, foram definidos dois municípios para estudo, sendo estes o de São João da Baliza e Cantá, ambos no estado de Roraima que, como pode ser visto, possui alto risco de transmissão da Malária. O trabalho proposto, alcançando qualidade e profundidade necessárias, poderá contribuir para a definição de políticas públicas quanto ao tema, que se tornará relevante nos anos próximos. Diante disso, conclui-se ser inevitável e essencial a exploração do tema, para a valorização do avaliador, e, por conseguinte, para o sucesso do processo de consolidação de planos de trabalho para a erradicação da malária.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar elementos da estrutura e processo do Programa Nacional de Controle da Malária implementados nos municípios do estado de Roraima, Cantá e São João da Baliza.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Delinear elementos do modelo lógico do PNCM implementado nos referidos municípios.

Adaptar o instrumento utilizado pelo MSH da esfera estadual para nível municipal;

Aplicar o instrumento adaptado;

Elaborar matriz de julgamento da qualidade implementação de estrutura e processo;

5 METODOLOGIA

De acordo com a Fiotec - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde, o apoiador municipal é um profissional que trabalha na gestão local da malária, tendo os objetivos de: “(...) fortalecer a capacidade dos serviços de saúde para orientar, com maior eficiência, as ações de controle da malária; fortalecer a capacidade para analisar dados epidemiológicos; orientar as intervenções no controle de malária, baseado nos protocolos do Programa Nacional de Controle de Malária (PNCM); desenvolver sua rotina de trabalho em conjunto com as equipes de gestão estadual e municipal; promover a adesão ao tratamento; e monitorar e avaliar as atividades de instalação de mosquiteiros” (FIOTEC, 2013).

Este estudo é uma avaliação normativa de aspectos da estrutura e processo da qualidade implantação do PNCM. Foi utilizado três instrumentos que consistem em questionários aplicados a apoiadores do programa.

5.1 Elementos do Modelo Lógico do PNCM

Seguindo as orientações de Samico et al. (2010) e de Brousselle et al. (2011) é preciso descrever o modelo lógico de uma intervenção ou programa. O Modelo Lógico é oriundo da “teoria do programa” (LIPSEY, 1990 apud CHAMPAGNE et al. 2011, p. 50)

Em Samico et al. (2010: p. 67 a 73) se mencionam um grupo de 12 questões que ajudam a compreender a lógica de funcionamento de uma intervenção. As questões são as seguintes:

1. Que problema ou situação problemática levou a necessidade de implantação do programa de saúde? Esta é a primeira questão que deve ser respondida, pois é por ela que explicamos qual tipo de situação levou a implementação do programa.
2. Qual é o programa de saúde elaborado para resolver o problema? O programa é o objeto fundamental da avaliação.
3. Qual é o objetivo geral do programa? Este objetivo se refere ao alcance que o programa espera em um determinado período.
4. Quais objetivos específicos do programa? Os objetivos específicos devem ser claros e diretos, e que tenha ligação com o objetivo geral, devendo ser relacionados execução e resultado.

5. Que metas o programa pretende alcançar? As metas são os objetivos quantitativamente, devendo ser também diretas, viáveis, mensuráveis e em período e local.
6. Qual o público alvo do programa? São as pessoas que serão beneficiadas com o programa.
7. Quais os componentes do programa? Os componentes são palavras chaves que podem ser definidos após a eleição das atividades, como também a partir dos objetivos específicos do programa.
8. Que atividades são realizadas no programa? São os métodos utilizados para que os resultados esperados sejam alcançados.
9. Quais estruturas que o programa precisa para funcionar? O programa necessita de estrutura física, organizacional e simbólica, mencionados cada um no item 2.3.3 Dimensões de Estrutura, Processo e Resultado.
10. Quais os produtos que se pretende obter com a realização das atividades? Estes estão relacionados com as atividades do programa e os verbos devem ser descritos no particípio, expressando ações plenamente concluídas.
11. Que resultados o programa pretende alcançar? Os resultados são as mudanças que a intervenção almeja alcançar.
12. Quais os fatores que podem influenciar o alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa? Os fatores são os externos, é o contexto que o programa se insere, como contexto político, organizacionais, simbólicos, estruturais ou econômicos.

5.3 Instrumento de avaliação e adaptação do instrumento

O MSH aplica TRÊS instrumentos de avaliação da qualidade da implementação do PNCM no nível estadual. Os instrumentos originais encontram-se em nos anexos 7, 8 e 9.

Os instrumentos possuem aspectos de estrutura e processo, descritos a seguir:

O instrumento 1, referente a “coleta de informação sobre diagnóstico oportuno e tratamento na esfera municipal”, tem questões que analisam a estrutura do Programa, como por exemplo a quantidade de trabalhadores capacitados com certificado para fazer diagnóstico de malária e de teste rápido, quantos laboratórios existem que realizam exames de

microscopia dentro do município, quais foram os reagentes e insumos essenciais para o diagnóstico microscópico que esteve em falta, além do total de dias que ficou desabastecido. Outra questão levantada pelo MSH em relação à estrutura, foi se houve desabastecimento de testes rápidos em alguma localidade nos últimos 12 meses.

O Instrumento 2 que se refere a “Coleta de Informação Sobre Borrifação Na Esfera Municipal”, também contém ideias que permite identificar aspectos relacionados à estrutura, como: “Qual inseticida se utiliza atualmente para a BRI”, “insumo ou equipamento essencial para a BRI”. Utiliza também guias/diretrizes, e quantidade de especialistas para realização de BRI.

No instrumento 3 podemos detectar estrutura no que se diz respeito à quantidade de mosquiteiros, uso de guias/diretrizes e “diretrizes nacionais/estaduais para aquisição, distribuição e instalação de mosquiteiros impregnados por tal setor”.

No instrumento 1 “Coleta De Informação sobre Diagnóstico Oportuno e Tratamento na Esfera Municipal”, consta processo.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DA TÉCNICA UTILIZADA E METODOLOGIA

Após a elaboração / adaptação do questionário “Instrumentos”, visando a coleta de informações *in loco* sobre a efetividade do programa adotado para controle da malária, houve comunicação formal e direta com os apoiadores para a coleta de dados.

Os dados foram levantados por meio de Instrumentos semiestruturadas (ver anexo 7, 8 e 9) realizadas com apoiadores dos municípios de Cantá e São João da Baliza, estado de Roraima, em 2013.

O trabalho *in loco* foi feito em três etapas do trabalho de campo, descritos conforme tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Etapas do trabalho de campo.

ETAPA	REALIZADO
Primeira etapa	-Definição dos critérios para avaliação, de acordo com o plano de trabalho conjunto (em parceria com equipe

	<p>municipal);</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definição pelo uso da comunicação formal e direta como meio de coleta de dados e número de dois apoiadores para realização da atividade; -Definição dos critérios para avaliar as estratégias de controle da malária; -Definição da data de entrega dos instrumentos, contendo todos os componentes; -Elaboração de planilhas, contendo indicadores avaliados, adaptados aos municípios selecionados para o estudo. -Pactuação entre avaliadora e apoiadores, e entrega dos instrumentos.
Segunda etapa	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalho <i>in loco</i>, com coleta de dados feita pelos apoiadores; -Complementação dos dados coletados com o Sistema de Informação SIVEP – Malária.
Terceira etapa	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega dos instrumentos para a avaliadora; -Sistematização e análise dos dados levantados pelos apoiadores.

Os dados obtidos foram analisados utilizando como ferramenta de apoio o software Microsoft Excel, sendo elaborada uma planilha da seguinte forma:

Tabela 2: Definição dos eixos:

EIXOS	TEMA	CRITÉRIOS UTILIZADOS
Eixo 1	Diagnóstico oportuno e tratamento	Foi utilizado nove critérios que abordavam cobertura, qualidade e tratamento, atribuídas notas para a implementação. Na Matriz de Julgamento, será atribuído o seguinte juízo da implementação: 0 a 4 (Implementação deficiente), 4,5 a 7

		(Implementação intermediária) e 7,5 a 9 (Implementação adequada).
Eixo 2	Borrifação residual intradomiciliar	Foram selecionados oito critérios que abordaram a fase de investigação dos últimos três anos, cobertura e qualidade, atribuídas notas para a implementação. Na Matriz de Julgamento, será atribuído o seguinte juízo da implementação: 0 a 4 (Implementação deficiente), 4,5 a 6,5 (Implementação intermediária) e 7 a 8 (Implementação adequada)
Eixo 3	Mosquiteiros impregnados	Foram selecionados oito critérios que abordavam a fase de investigação dos últimos três anos, cobertura e qualidade, Na Matriz de Julgamento, será atribuído o seguinte juízo da implementação: 0 a 4 (Implementação deficiente), 4,5 a 6,5 (Implementação intermediária) e 7 a 8 (Implementação adequada).

5.4 Adaptação dos instrumentos

A adaptação do instrumento foi feita a partir das trocas de “estadual” para “municipal”, retirando se questões relacionadas somente à competência do estado.

6 RESULTADOS

Para delinear elementos do Modelo Lógico do PNCM foram aplicadas as 12 questões PROPOSTAS POR Donabedian, que nos permitiu identificar quais são dimensões de qualidade de estrutura e de processo analisadas pelos instrumentos de avaliação originais do MSH (nível estadual). Feito isto, foram realizadas adaptações a esses instrumentos originais para sua aplicação em níveis municipais e elaborada uma Matriz de Julgamento da implementação dessas dimensões nos municípios estudados. Nessa Matriz foram definidos pela autora Padrões, Valores Máximos Esperados e Pontos de Corte que permitiram julgar a qualidade da implantação das dimensões analisadas pelo(s) instrumento(s).

6.1 ELEMENTOS DO MODELO LÓGICO DO PCNM NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS

Questão 1. Que problema ou situação problemática levou a necessidade de implantação do programa de saúde? Como descrito antes, a Região Amazônica possui um alto Índice Parasitário Anual de malária e a população é suscetível e existe tanto o agente etiológico quanto a presença do vetor, que são determinantes para a alta incidência da malária, tornando a região propícia para o desenvolvimento da doença.

Questão 2. Qual é o programa de saúde elaborado para resolver o problema? O Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM foi criado para reduzir a incidência na Região Amazônica. O PNCM foi desenvolvido principalmente para a prevenção e controle da malária, contribuindo para melhorar a saúde, possibilitando assim, o desenvolvimento socioeconômico das regiões endêmicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Questão 3. Qual é o objetivo geral do programa? O objetivo geral do programa consiste em: Contribuir para a redução de incidência de malária; Reduzir a mortalidade por malária; Reduzir as formas graves da doença; Reduzir a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais, e; Manter a ausência de transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida (BRASIL, 2003. p. 18)

Questão 4. Quais objetivos específicos do programa? No anexo 10, item 8 da portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, que regulamenta o PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios, existe a meta para o PNCM de: “Iniciar em 70% (setenta por cento) dos casos de malária, tratamento adequado até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas” para o indicador: “proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 (sessenta) dias após notificação”. No item nove deste mesmo anexo, a meta é de:

“Realizar pelo menos 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares com, no mínimo, 80% (oitenta por cento) de cobertura em cada ciclo”, para o indicador “proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas”.

Questão 5. Que metas o programa pretende alcançar? Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA) em 15% em 2003 e em 15% nos anos subsequentes em relação ao ano anterior, reduzir o coeficiente de mortalidade por malária em 15% em 2003 e em 15% nos anos subsequentes em relação ao ano anterior; reduzir o percentual de internações por malária em 15% em 2003 e em 15% nos anos subsequentes em relação ao ano anterior; eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais até 2006 e por fim, evitar a ocorrência de casos autóctones nos locais onde a transmissão da malária tiver sido interrompida, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2003: p. 18).

Questão 6. Qual o público alvo do programa? O público alvo deste estudo são os seres humanos habitantes dos municípios Cantá e São João da Baliza do estado de Roraima, Brasil.

Questão 7. Quais os componentes do programa? Os componentes do programa podem ser descritos por: apoio à estruturação dos serviços locais de saúde, diagnóstico e tratamento, fortalecimento da vigilância da malária, capacitação de recursos humanos, educação em saúde, comunicação e mobilização social (ESMS), controle seletivo de vetores, pesquisa, monitoramento do PNCM e sustentabilidade política. (MS, 2004: p.22).

Para que o PNCM alcance os objetivos gerais e metas adequadamente, são necessários componentes e estes podem ser definidos a partir dos elencos das atividades do programa (Figueiró, 2010: p.70).

Questão 8. Que atividades são realizadas no programa? As atividades do Programa Nacional de Controle da Malária estão direcionados para os objetivos dos processos, tais como: realizar análise mensal do comportamento da doença na esfera central, quinzenal na esfera estadual e semanal na esfera municipal. Elaborar e/ou revisar bases técnicas (guias, manuais e outros) do PNCM sempre que se fizerem necessárias, e disponibilizá-las para que os atores que atuam no controle da malária. Manter todas as equipes de trabalho bem preparadas profissionalmente e motivadas, para execução das ações de controle da malária em todas as esferas (capacitação). Desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com instituições militares, públicas e religiosas, que executam missões especiais em áreas endêmicas de malária, para esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação a doença. Desenvolver ações de educação em saúde e mobilização social em parcerias com empresas de viagens e ecoturismo, que atuam em áreas endêmicas de malária para

esclarecimento sobre riscos e cuidados em relação a doença. Escrever o resto das atividades do programa. (MS, 2004. p.121-126)

Questão 9. Quais estruturas que o programa precisa para funcionar? No caso deste estudo, a estrutura física do PNCM são os recursos financeiros que são pactuados anualmente pela Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), e podem provir também de instituições como Instituto Nacional de colonização e Reforma Agrária (INCRA) e MS (BRASIL, 2003: p.51)

A organização do programa está baseada nas publicações que já foram feitas, como por exemplo, para o Diagnóstico, existe o “Guia para Gestão Local do Controle da Malária - Diagnóstico e Tratamento”, o “Manual de Diagnóstico Laboratorial da Malária”, o “Sistema de Controle de Qualidade do Diagnóstico Laboratorial da Malária para a Região Amazônica” e o “Folder testes rápidos para o diagnóstico de malária”, dentre outros.

Questão 10: Quais os produtos que se pretende obter com a realização das atividades? Fortalecimento da vigilância em saúde, capacitação de recursos humanos, Educação em saúde, comunicação e mobilização social, controle seletivo de vetores, pesquisa, monitoramento do PNCM e sustentabilidade política.

Questão 11: Que resultados o programa pretende alcançar? Os resultados são as mudanças que a intervenção almeja alcançar. Incidência Parasitária Anual (IPA) em relação à população; Incidência Parasitária Mensal (IPM) em relação à população;• números de casos mensais (série histórica de cinco anos); coeficiente de mortalidade em relação à população; coeficiente de letalidade em relação ao total de casos; proporção de Plasmodium falciparum em relação ao total de casos; proporção de casos de malária internados em relação ao total de casos; taxa de internação por malária em relação à população; proporção de municípios com transmissão de malária em áreas urbanas, em relação ao total de municípios com transmissão; proporção de municípios com reintrodução da transmissão da malária, em relação aos municípios em que a transmissão foi interrompida.

Questão 12: Quais os fatores que podem influenciar o alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao programa?

“A estruturação das secretarias municipais de saúde e a conclusão da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, para estas instituições, potencializará o desempenho das atividades previstas no PNCM. Ao contrário, o rendimento do Programa poderá ser afetado, caso haja alterações nas prioridades políticas que venham afetar o aporte de recursos financeiros para realização das atividades nas esferas federal, estadual e municipal. Estes recursos devem estar patentes na Programação Pactuada Integrada para Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD). A rotatividade de pessoal, em função das condições precárias de vínculo empregatício, é outro aspecto a ser considerado para o insucesso do alcance Secretaria de Vigilância em Saúde/MS - agosto/2003 - pág. 51 dos objetivos e metas propostos. Este fato pode interferir na consolidação do processo de integração do controle de endemias com as ações básicas de saúde. Por fim, deve-se contemplar que, na realização das atividades, será fundamental a harmonização com os hábitos culturais e socioeconômicos das comunidades que são afetadas pela malária” (BRASIL, 2004: p.50 e 51)

6.2 Matriz de Julgamento do PNCM nos municípios estudados

Tabela 3 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 1 – Diagnóstico Oportuno e Tratamento

CANTÁ, EIXO 1	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
COBERTURA	Casos dentro do município são diagnosticados nas primeiras 48 horas (tempo que transcorre entre o início dos sintomas e a dispensação do tratamento)	Pelo menos 80% de todos os casos dentro do município	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se $\geq 80\%$ 0,5 ponto se 50% a 79% 0 se $< 49\%$	76%	0,5 ponto	Até 3,0 pontos	1,5 ponto	
	Localidades prioritárias para o uso de testes rápidos não sofreram desabastecimento de testes rápidos	Não sofrer desabastecimento nos últimos 12 meses.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não sofrer desabastecimento em 12 meses 0,5 ponto se 9 a 11 meses 0 ponto se menos de 8 meses	Não sofreu desabastecimento	1,0 ponto			
	Desabastecimento de reagentes nem de outros insumos essenciais para o diagnóstico microscópico	Não sofrer desabastecimento nos últimos 12 meses.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não sofrer desabastecimento em 12 meses 0,5 ponto se 9 a 11 meses 0 ponto se menos de 8 meses	Todos os laboratórios ficaram desabastecidos de Novembro e Dezembro de 2012 e de janeiro a fevereiro de 2013	0,0 ponto			
QUALIDADE	Haver sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico no município	Ter sistema.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver sistema. 0 ponto se não tiver sistema.	O Lacen-RR é responsável pelo monitoramento da qualidade do diagnóstico microscópico realizado no município de Cantá. São enviadas 100% das laminais positivas e negativas e o Lacen tem apresentado nas reuniões de avaliação do Programa Estadual de Malária os índices de divergência. Creio que o nível estadual pode estimar melhor a relação do sistema de monitoramento com as diretrizes nacionais.	1,0 ponto	Até 3,0 pontos	2,0 pontos	NOTA TOTAL: 4,5 PONTOS IMPLEMENTAÇÃO O INTERMEDIÁRIA
	Existir processo padronizado para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte, e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico.	Ter processo.	Até 1,0 ponto.	Ter processo 1,0 ponto. Não ter processo 0 ponto	São realizadas visitas de supervisão de laboratórios pelo município e pelo Lacen-RR. Nessas visitas é possível observar o adequado armazenamento e utilização de reagentes e insumos nos laboratórios. Quanto ao monitoramento de transporte e distribuição, o município não utiliza nenhum mecanismo de monitoramento. Talvez o Estado possa detalhar melhor o sistema de monitoramento e o cumprimento de diretrizes nacionais nesses aspectos.	0,0 ponto			

	Crítérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)			
	A equipe que realiza diagnóstico microscópio ou teste rápido ser capacitada com certificado.	Equipe ser capacitada com certificado ao menos uma vez nos últimos três anos.	até 1,0 ponto	Ser capacitada uma vez nos últimos 3 anos 1,0 ponto. Ser capacitada uma vez nos últimos 4 anos 0,5 ponto. Ser capacitada nos últimos 5 anos 0 ponto.	Foram capacitados 3 ACE no laboratório São Raimundo, 1 ACE na Serra Grande II e 1 ACE na sede que realiza diagnósticos em finais de semana no Projeto Jatobá. Eles foram capacitados pela Apoiadora municipal da Fiotec, Luciana Pires, no ano de 2013. Antes disso não há registro de treinamento e ações com testes rápidos.	1,0 ponto			
TRATAMENTO	Existe programa de supervisão mensal/trimestral das unidades de diagnóstico e tratamento de malária.	Ter programa.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver programa. 0 se não tiver programa.	Existe um programa de capacitação desenvolvido pelo Lacen –RR.	1,0 ponto	até 3,0 pontos	1,0 ponto	
	Casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento (excluir casos especiais e outros).	100% dos casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 100%. 05 ponto se 80 a 99% 0,0 ponto se menos de 79%.	Não foi possível resgatar esse dado.	0,0 ponto			
	nenhuma das unidades de tratamento houve desabastecimento de ACT na rede	desabastecimento de ACT na rede nos 12 últimos meses.	Até 1,0 ponto	,0 ponto se não houve desabastecimento. 05 ponto se passou de 9 meses. 0,0 ponto se mais de 12 meses.	Não teve registro de desabastecimento de ACT mas a população ficou aproximadamente 3 meses sem acesso a diagnóstico e tratamento entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013, quando ocorreram as eleições. Com a derrota do então prefeito, todos os profissionais de saúde ficaram sem pagamentos e as unidades de saúde foram fechadas.	0,0 ponto			

Tabela 4 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 1 – Diagnóstico Oportuno e Tratamento

SÃO JOÃO DA BALIZA - EIXO 1	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
COBERTURA	Casos dentro do município são diagnosticados nas primeiras 48 horas (tempo que transcorre entre o início dos sintomas e a dispensação do tratamento)	Casos dentro do município são diagnosticados nas primeiras 48 horas (tempo que transcorre entre o início dos sintomas e a dispensação do tratamento)	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se $\geq 80\%$ 0,5 ponto se 50% a 79% 0 se $< 49\%$	51%	0,5 ponto	Até 3,0 pontos	2,5 pontos	Nota total: 6,5 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	Localidades prioritárias para o uso de testes rápidos não sofreram desabastecimento de testes rápidos	Não sofrer desabastecimento nos últimos 12 meses.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não sofrer desabastecimento em 12 meses 0,5 ponto se 9 a 11 meses 0 ponto se menos de 8 meses	Não sofreu desabastecimento	1,0 ponto			
	Desabastecimento de reagentes nem de outros insumos essenciais para o diagnóstico microscópico	Não sofrer desabastecimento nos últimos 12 meses.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não sofrer desabastecimento em 12 meses 0,5 ponto se 9 a 11 meses 0 ponto se menos de 8 meses	Não sofreu desabastecimento	1,0 ponto			
QUALIDADE	Haver sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico no município	Ter sistema.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver sistema. 0 ponto se não tiver sistema.	O Lacen-RR é reponsável pelo monitoramento da qualidade do diagnóstico microscópico realizado no município de Cantá. São enviadas 100% das laminais positivas e negativas e o Lacen tem apresentado nas reuniões de avaliação do Programa Estadual de Malária os índices de divergencia. Creio que o nível estadual pode estimar melhor a relação do sistema de monitoramento com as diretrizes nacionais.	0 ponto	Até 3,0 pontos	2,0 pontos	

SÃO JOÃO DA BALIZA - EIXO 1	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
QUALIDADE	Existir processo padronizado para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte, e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico.	Ter processo.	Até 1,0 ponto.	Ter processo 1,0 ponto. Não ter processo 0 ponto	São realizadas visitas de supervisão de laboratórios pelo município e pelo Lacen-RR. Nessas visitas é possível observar o adequado armazenamento e utilização de reagentes e insumos nos laboratórios. Quanto ao monitoramento de transporte e distribuição, o município não utiliza nenhum mecanismo de monitoramento. Talvez o Estado possa detalhar melhor o sistema de monitoramento e o cumprimento de diretrizes nacionais nesses aspectos.	0 ponto			
	A equipe que realiza diagnóstico microscópio ou teste rápido ser capacitada com certificado.	Equipe ser capacitada com certificado ao menos uma vez nos últimos três anos.	até 1,0 ponto	Ser capacitada uma vez nos últimos 3 anos 1,0 ponto. Ser capacitada uma vez nos últimos 4 anos 0,5 ponto. Ser capacitada nos últimos 5 anos 0 ponto.	Foram capacitados 3 ACE no laboratório São Raimundo, 1 ACE na Serra Grande II e 1 ACE na sede que realiza diagnósticos em finais de semana no Projeto Jatobá. Eles foram capacitados pela Apoiadora municipal da Fiotec, Luciana Pires, no ano de 2013. Antes disso não há registro de treinamento e ações com testes rápidos.	1,0 ponto			
TRATAMENTO	Casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento (excluir casos especiais e outros).	100% dos casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se $\geq 80\%$ 0,5 ponto se 50% a 79% 0 se $< 49\%$	100% dos casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento.	1,0 ponto	até 2,0 pontos	2,0 pontos	
	Nenhuma das unidades de tratamento houve desabastecimento de ACT na rede	desabastecimento de ACT na rede nos 12 últimos meses.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se houver abastecimento. 0 se houver desabastecimento.	Não houve desabastecimento nos últimos 12 meses	1,0 ponto			

Tabela 5 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 2 – Borrifação Residual Intradomiciliar

CANTÁ- EIXO 2 borrifação	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
FASE DE INVESTIGAÇÃO	Realização da estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.	Ter estratificação dos últimos 3 anos	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se fez estratificação 0,5 ponto se fez mas não anexou a estratificação, 0 ponto se não fez estratificação	Fez o estudo, mas não anexou.	0,5 ponto	Até 2,0 pontos	1,0 ponto	Nota total: 4,5 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.	Ter estudado nos últimos 3 anos	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se estudou, 0,5 se estudou mas não anexou o estudo 0 ponto se não estudou	Começou a borrifar, mas foi interrompido.	0,5 ponto			
COBERTURA	localidades priorizadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.	100% das localidades	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 100% borrifadas. 0,5 se 60 a 80% borrifadas 0,0 ponto se < 60%	Não sabe ao certo quantos %	0,0 ponto	Até 3,0 pontos	0,0 ponto	Nota total: 4,5 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	prédios nas localidades trabalhadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.	Pelo menos 80% dos prédios nas localidades	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 80% borrifados. 0,5 se 50 a 80% borrifados 0,0 ponto se não borrifados	Não sabe ao certo quantos %	0,0 ponto			

	desabastecimento de inseticida para borrifação nos municípios priorizados não ultrapassou o período de três meses no último ano.	não ultrapassar o período de três meses no último ano.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não ultrapassou. 0 ponto se ultrapassou 3 meses	não ultrapassou 3 meses	0,0 ponto			
CANTÁ- EIXO 2 borrifação	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
QUALIDADE	Existir um abastecimento suficiente de equipamentos de proteção de BRI no município.	Ter abastecimento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver abastecimento. 0 ponto se não tiver abastecimento.	Tem abastecimento	1,0 ponto	Até 3,0 pontos	2,0 pontos	
	Ter procedimento padrão para verificar se o município aplica as normas e protocolos nacionais para a implementação da BRI.	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto.	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não possui procedimento	0 ponto			
	Existir equipe capacitada nos procedimentos padrões de BRI ao menos uma vez nos últimos três anos.	Ter equipe capacitada ao menos nos 3 últimos anos.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se capacitou nos últimos 3 anos. 0,5 ponto se capacitou nos últimos 5 anos. 0,0 ponto não capacitou.	Equipe capacitada em julho de 2013	1,0 ponto			

Tabela 7 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 2 – Borrifação Residual Intradomiciliar

São João da Baliza EIXO 2 Borrifação Residual Intradomiciliar	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
FASE DE INVESTIGAÇÃO	Realização da estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.	Ter estratificação dos últimos 3 anos	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se fez estratificação 0,5 ponto se fez mas não anexou a extratificação, 0 ponto se não fez estratificação	Fez estratificação	1,0 ponto	Até 2,0 pontos	2,0 pontos	
	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.	Ter estudado nos últimos 3 anos	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se estudou, 0,5 se estudou mas não anexou o estudo 0 ponto se não estudou	Fez o estudo, e anexou	1,0 ponto			
COBERTURA	localidades priorizadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.	100% das localidades	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 100% borrifadas. 0,5 se 60 a 80% borrifadas 0,0 ponto se < 60%	Não possui dados	0,0 ponto	Até 3,0 pontos	1,0 ponto	Nota total: 4,0 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	prédios nas localidades trabalhadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.	Pelo menos 80% dos prédios nas localidades	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 80% borrifados. 0,5 se 50 a 80% borrifados 0,0 ponto se não borrifados	Não possui dados	0,0 ponto			
	desabastecimento de inseticida para borrifação nos municípios priorizados não ultrapassou o período de três meses no último ano.	não ultrapassar o período de três meses no último ano.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se não ultrapassou. 0 ponto se ultrapassou 3 meses	Houve desabastecimento, mas não ultrapassou 3 meses	1,0 ponto			

São João da Baliza EIXO 2 Borrifação Residual Intradomiciliar	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
QUALIDADE	Existir um abastecimento suficiente de equipamentos de proteção de BRI no município.	Ter abastecimento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver abastecimento. 0 ponto se não tiver abastecimento.	Tem abastecimento	1,0 ponto	Até 3,0 pontos	2,0 pontos	
	Ter procedimento padrão para verificar se o município aplica as normas e protocolos nacionais para a implementação da BRI.	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto.	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não possui procedimento	0 ponto			
	Existir equipe capacitada nos procedimentos padrões de BRI ao menos uma vez nos últimos três anos.	Ter equipe capacitada ao menos nos 3 últimos anos.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se capacitou nos últimos 3 anos. 0,5 ponto se capacitou nos últimos 5 anos. 0,0 ponto não capacitou.	Equipe capacitada em abril de 2013	1,0 ponto			

Tabela 8 – Matriz de Julgamento do PNCM no município Cantá, Eixo 3 – Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração

	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
CANTÁ- EIXO 3 mosquiteiros									
FASE DE INVESTIGAÇÃO	Realização da estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.	Ter estratificação dos últimos 3 anos e incluir como anexo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se fez estratificação 0,5 ponto se fez mas não anexou a extratificação, 0 ponto se não fez estratificação	Fez o relatório mas não anexou	1,0 ponto	Até 2,0 pontos	2,0 pontos	Nota total: 4,5 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.	Ter estudado nos últimos 3 anos e incluir como anexo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se estudou, 0,5 se estudou mas não anexou o estudo 0 ponto se não estudou	Fez o estudo, mas não encontra-se no anexo.	0,5 ponto			
COBERTURA	População alvo possuir mosquiteiros impregnados instalados.	Pelo menos 90% da população alvo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 90% possuem. 0,5 se 50 a 90% possuem 0,0 ponto se não respondeu	Iniciou distribuição, mas sofreu descontinuidade no processo.	0,5 ponto	Até 3,0 pontos	1,5 ponto	
	Entrevistados responderam haver dormido sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior.	80% de todos os entrevistados	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 80% responderam. 0,5 se 50 a 80% responderam 0,0 ponto se não respondeu	Não entrevistou	0,0 ponto			
	Haver mosquiteiros distribuídos registrados no Vetores Malária.	Pelo menos 90% dos mosquiteiros	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 90% possui registro. 0,5 se 50 a 90% não possui registro 0,0 ponto se não respondeu	100% das fichas completas	1,0 ponto			

CANTÁ- EIXO 3 mosquiteiros	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
QUALIDADE	Existir procedimento padronizado para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não respondeu	0,0 ponto	Até 3,0 pontos	1,0 ponto	Nota total: 4,5 pontos IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
	Existir procedimentos padronizados para monitorar a qualidade física dos mosquiteiros utilizados pela população alvo.	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto.	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não possui procedimento	0,0 ponto			
	Existir procedimento padronizado para monitorar o uso dos mosquiteiros na comunidade.	Ter procedimento.	até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	monitoramento iniciado em agosto de 2013	1,0 ponto			

Tabela 9 – Matriz de Julgamento do PNCM no município São João da Baliza, Eixo 3 – Borrifação Residual Intradomiciliar

SÃO JOÃO DA BALIZA- EIXO 3 mosquiteiros	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
FASE DE INVESTIGAÇÃO	Realização da estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.	Ter estratificação dos últimos 3 anos e incluir como anexo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se fez estratificação 0,5 ponto se fez mas não anexou a extratificação, 0 ponto se não fez estratificação	Fez o relatório e anexou SÃO JOÃO DA BALIZA PERÍODO: 15/04/2013 a 19/04/2013	1,0 ponto	Até 2,0 pontos	2,0 pontos	Nota total: 2,0 pontos IMPLEMENTAÇÃO DEFICIENTE
	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.	Ter estudado nos últimos 3 anos e incluir como anexo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se estudou, 0,5 se estudou mas não anexou o estudo 0 ponto se não estudou	Fez o estudo, que encontra-se no anexo.	1,0 ponto			
COBERTURA SÃO JOÃO DA BALIZA- EIXO 3 mosquiteiros	População alvo possuir mosquiteiros impregnados instalados.	Pelo menos 90% da população alvo	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 90% possuem. 0,5 se 50 a 90% possuem 0,0 ponto se não respondeu	Não iniciou distribuição	0,0 ponto	Até 2,0 pontos	0,0 ponto	
	Entrevistados responderam haver dormido sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior.	80% de todos os entrevistados	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 80% responderam. 0,5 se 50 a 80% responderam 0,0 ponto se não respondeu	Não entrevistou	0,0 ponto			

	Critérios/Indicadores de processo	Padrão	Valor máximo esperado	Descrição do valor ou ponto de corte	Observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado)	Nota esperada de cada critério	Nota Total de cada critério	Julgamento de acordo com o valor atribuído
	Haver mosquiteiros distribuídos registrados no Vetores Malária.	Pelo menos 90% dos mosquiteiros	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se 90% possui registro. 0,5 se 50 a 90% não possui registro 0,0 ponto se não respondeu	Não respondeu	0,0 ponto	Até 3,0 pontos	0,0 ponto	Nota total: 2,0 pontos IMPLEMENTAÇÃO DEFICIENTE
QUALIDADE	Existir procedimento padronizado para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não respondeu	0,0 ponto			
	Existir procedimentos padronizados para monitorar a qualidade física dos mosquiteiros utilizados pela população alvo.	Ter procedimento.	Até 1,0 ponto.	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não possui procedimento	0,0 ponto			
	Existir procedimento padronizado para monitorar o uso dos mosquiteiros na comunidade.	Ter procedimento.	até 1,0 ponto	1,0 ponto se tiver procedimento. 0 ponto se não tiver procedimento.	Não respondeu	0,0 ponto			

Para o eixo 1 no critério cobertura, Cantá alcançou uma média de 76% de casos diagnosticados nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas e São João da Baliza 51% de casos diagnosticados nas primeiras 48 horas e não sofreu nenhum tipo de desabastecimento.

No critério qualidade, Cantá realiza visitas de supervisão de laboratórios pelo município e pelo Lacen-RR. Nessas visitas é possível observar o adequado armazenamento e utilização de reagentes e insumos nos laboratórios. Quanto ao monitoramento de transporte e distribuição, o município não utiliza nenhum mecanismo de monitoramento. A equipe que realiza teste rápido está capacitada e existe um programa de capacitação desenvolvido pelo Lacen –RR. São João da Baliza não possui nenhum tipo de monitoramento da qualidade do diagnóstico microscópico, mas existe supervisão dos laboratórios que é realizada pelo apoiador. O município possui capacitação da equipe que realiza teste rápido e a supervisão das unidades de diagnóstico também é realizada pelo apoiador.

No critério tratamento do município Cantá, nem todos os casos de *P. falciparum* registrados receberam ACT como tratamento. Não existe registro de desabastecimento de ACT, mas a população ficou aproximadamente três meses sem acesso ao diagnóstico e tratamento entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013, quando ocorreram as eleições. Com a derrota do então prefeito, todos os profissionais de saúde ficaram sem pagamentos e as unidades de saúde foram fechadas. O município São João da Baliza registrou 90% dos casos de *P. falciparum*, todas receberam ACT como tratamento e nenhuma das unidades de tratamento ficaram desabastecidas.

Para o eixo 2 no critério fase de investigação dos últimos três anos, Cantá realizou ações de entomologia até novembro de 2012. A estratificação e procedimentos de identificação da população em risco têm sido realizados como rotina pelo apoiador municipal. São João da Baliza realizou estratificação da população de risco e o estudo sobre hábitos dos vetores foram feitos em abril de 2013. No que diz respeito à estratificação, identificaram-se dois bairros críticos: Manoel Bezerra e Bairro União; e no que diz respeito ao estudo sobre hábitos dos vetores, identificou-se que os mosquitos possuem hábitos intradomiciliar e peridomiciliar.

No critério cobertura, Cantá não realizou borrifações de BRI nas localidades priorizadas nos últimos 2 anos. O município dispõe de bombas em boas condições de uso,

recebeu EPI da Secretaria Estadual de Saúde em 2013 e não ocorreu desabastecimento de insumos. As ações de controle vetorial limitaram-se à instalação de mosquiteiros impregnados de inseticida. São João da Baliza realizou borrifações de BRI nos anos de 2009 a 2012, mas não seguiram critérios técnicos, por isso não se aplica nesta avaliação. Em abril de 2013 iniciaram-se os trabalhos com aplicações de BRI de acordo com as normas técnicas, mas como não completou um ano desde a primeira aplicação, não se têm os dados de quantas vezes foram borrifadas no prazo de um ano. De janeiro a março de 2013, houve desabastecimento de BRI. Alguns insumos necessários para a aplicação da borrifação prejudicaram os trabalhos, como a falta do veículo para transporte de insumos e de pessoal, que não é exclusiva do programa; a bomba para a borrifação que ficou desativada por um mês por falta de manutenção e o equipamento de proteção individual que demorou dois meses para chegar devido o processo licitatório.

No critério qualidade, o município Cantá dispõe de bombas em boas condições de uso, recebeu EPI da Secretaria Estadual de Saúde em 2013 e não ocorreu desabastecimento de insumos. Toda a equipe que realiza BRI foi capacitada em julho de 2013. Não há sistema de monitoramento de BRI implantado. São João da Baliza possui abastecimento de equipamentos de BRI e a equipe é capacitada para os procedimentos padrões. O município não possui procedimento para verificar se estão aplicando as normas e protocolos de BRI.

Para o eixo 3, no critério fase de investigação, Cantá realizou estratificação e a identificação da população de risco, que são feitas rotineiramente. Essa informação subsidia a tomada de decisões e orienta o planejamento de ações da equipe. O resultado tem sido a priorização de localidades para a instalação de mosquiteiros e a redução de 74% no registro de casos de malária, quando comparados os dados de 2012 e 2013, sem que qualquer outra medida de controle vetorial tenha sido implementada nos últimos 2 anos. São João da Baliza realizou estudo sobre hábitos dos vetores em abril de 2013 e identificou que os mosquitos possuem hábitos intradomiciliar e peridomiciliar. E também em abril de 2013, foi feita a estratificação da população de risco e foram identificados dois bairros críticos: Manoel Bezerra e Bairro União.

No critério cobertura, Cantá recebeu uma parceria estado/município em uma força tarefa de instalação e culminou uma ampla cobertura de MILD nas localidades identificadas e

contribuiu na redução da notificação dos casos de malária, mas não se tem dados concretos do número da população alvo que tem mosquiteiros instalados. São João da Baliza ainda não instalou os mosquiteiros nos locais prioritários, devido o não recebimento dos mosquiteiros para casal, e a solução encontrada foi contratar uma costureira para a emenda dos mosquiteiros de solteiro e transformá-los em casal.

No critério qualidade, o município Cantá começou o monitoramento do uso dos mosquiteiros pela população em agosto de 2013. Não existe procedimento padrão para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem. São João da Baliza não possui os mosquiteiros instalados registrados, por isso não se aplica neste critério.

7 DISCUSSÃO

7.1 Diagnóstico oportuno e tratamento

Para o município receber nota máxima no critério cobertura, pelo menos 80% de todos os casos teriam que ser diagnosticados nas primeiras 48 horas e não sofrer desabastecimento de testes rápidos ou de insumos para diagnóstico nos últimos doze meses. Observa-se que os dois municípios não alcançaram o mínimo estipulado e nenhum dos municípios sofreu desabastecimento.

Para o município receber nota máxima no critério qualidade deve-se ter um sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico; ter um processo padronizado para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico; possuir capacitação da equipe que realiza teste rápido ao menos uma vez nos últimos três anos e ter um programa de supervisão das unidades de diagnóstico e tratamento de malária. Em Cantá, o sistema de monitoramento é feito pelo Lacen-RR e em São João da Baliza não há nenhum sistema de monitoramento. Não existe uma padronização para este tipo de monitoramento nos dois municípios, no entanto eles possuem a capacitação de equipe. E por fim, Cantá e São João da Baliza dispõem da supervisão que é feita pelos apoiadores.

Para o município receber nota máxima no critério tratamento, deve-se assegurar que 100% dos casos de malária falciparum recebam tratamento com ACT, no entanto, observa-se

que os municípios não alcançaram este percentual. O município não pode ficar por mais de doze meses sem desabastecimento de ACT e nenhum dos municípios sofreu desabastecimento.

7.2 Borrifação residual intradomiciliar

No critério fase de investigação, o município deve realizar estratificação da população de risco e fazer um estudo dos hábitos dos vetores pelo menos nos últimos três anos, para receber pontuação máxima. Os municípios possuem os estudos de estratificação e dos hábitos dos vetores.

No critério cobertura, o município deve borrifar quatro vezes ao ano 100% nas localidades priorizadas e pelo menos 80% dos prédios nas localidades trabalhadas e não haver desabastecimento, por mais de três meses no último ano, de inseticida para borrifação. Foi observado que os municípios não realizaram as borrifações e que houve desabastecimento, mas não atingiu mais de três meses.

No critério qualidade, o município deve ter abastecimento suficiente de equipamentos de proteção de BRI e os dois municípios possuem, deve ter um procedimento para verificar se o município aplica as normas e protocolos nacionais de implementação de BRI, mas nenhum dos municípios detém deste procedimento. Deve ter uma equipe capacitada nos procedimentos padrões de BRI ao menos uma vez nos últimos três anos e os dois municípios possuem a equipe capacitada.

7.3 Mosquiteiros impregnados

Para o município receber nota máxima no critério fase de investigação, deve-se ter estudado os hábitos dos vetores e fazer estratificação da população de risco a partir da carga de doença e da epidemiologia de transmissão nos últimos três anos. Os municípios possuem este estudo e também possuem as estratificações da população de risco.

Para o município receber nota máxima no critério cobertura, deve-se pelo menos, 90% da população alvo, ter mosquiteiros impregnados instalados, de ter a resposta de 80% de todos os entrevistados, se dormiu sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior, e pelo menos 90% dos mosquiteiros distribuídos registrados nos Vetores Malária. Os municípios não possuem os registros da quantidade e/ou percentual da população que recebeu mosquiteiros.

Para o município receber nota máxima no critério qualidade, deve-se ter um procedimento para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem e a qualidade física dos mosquiteiros utilizados. Cantá não monitora a utilização e a qualidade física dos mosquiteiros, e São João da Baliza não tem dados sobre os mosquiteiros instalados registrados.

8 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados apresentados, pode-se perceber que o programa de controle da malária adotado tanto no município de Cantá como em São João da Baliza possuem um grau de implantação intermediário e insuficiente. Para melhores índices de qualidade do programa de combate à malária devem ser adotadas medidas que devem ser iniciadas pela vontade política, com boas práticas de gestão, educação em saúde, melhoria dos recursos, fortalecimento da vigilância da malária e melhoria das notificações.

9 RECOMENDAÇÕES

A partir daí, podemos citar as seguintes indicações: Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social. Monitorar e padronizar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte, e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico nos dois municípios. Verificar no município Cantá se há erros de digitação no sistema para que não haja discordâncias e inconsistências de informações. No caso de São João da Baliza o processo de verificação já está em andamento. Iniciar imediatamente as Borrifações Residuais Intradomiciliares no município Cantá. Implantar um sistema de monitoramento de BRI nos dois municípios. Melhorar a gestão para que não haja desabastecimento de BRI no município São João da Baliza. Realizar de forma rotineira, a manutenção das bombas de BRI nos dois municípios. Avaliação periódica das normas e protocolos de BRI para validação e possíveis mudanças para melhoria dos serviços nos municípios. Aguardar a finalização da confecção dos mosquiteiros e instalá-los no município de São João da Baliza com o auxílio dos agentes comunitários de saúde.

Um cientista político da Fiocruz irá desenvolver um estudo sobre o “mapeamento das influências das trocas de governo/comando nas políticas públicas de combate à malária”, e depois de pronto poderemos usar este estudo no município Cantá , uma vez que a troca de governo podem influenciar decisões ()

10 REFERÊNCIAS

BEZERRA Luciana; CAZARIN Gisele; ALVES Cinthia. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG (Orgs). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 65 a 78 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Morbidade e fatores de risco. Índice parasitário anual (IPA) de malária - D.4 - 2011.** Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.4&lang=pt>>. Acesso em 04 dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária PNCM / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Avaliação do TCU sobre o Programa Nacional de Controle da Malária / Tribunal de Contas da União.** – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004. 21 p.

BROUSSELLE, A; et al (org.). **Avaliação: Conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CA-CBPH - CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF COMMUNITY BASED PUBLIC HEALTH. Uma Estrutura de Avaliação para Programas de Saúde em Comunidades. 5102 Chapel Hill Boulevard, Durham, North Carolina [Carolina do Norte] 27707. Junho de 2000. Disponível em: http://www.imip.org.br/site/ARQUIVOS_ANEXO/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20programas%20de%20saude%20em%20comunidades;05102111;20100107.pdf . Acesso em: 28 de junho de 2014.

CONTANDRIOPOULOS, AP. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Cien Saude Colet, n. 11, v. 3, p. 705-11, 2006.

FACCHINI, LA. Desafios e potencialidades do monitoramento da gestão da vigilância em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Cidade, v. 18, n. 5, p. 0, 2013. Disponível em <link>. Acesso em data

FIGUEIRÓ AC, FRIAS. PG, NAVARRO LM. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa vai mapear influência política no combate à malária na Amazônia**. Fonte: Fiocruz Amazônia. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-vai-mapear-influencia-politica-no-combate-malaria-na-amazonia>> Acesso em: 04 de junho de 2014.

FIOTEC - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde. Projeto de apoiadores municipais para o controle de malária. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=2044:projeto-de-apoiadores-municipais-para-o-controle-de-malaria&catid=206&Itemid=184&lang=pt. Acesso em 30 de julho de 2014.

FLORES, W. Planes de acción para el cierre de brechas en criterios de adecuación en la implementación de las estrategias de control de la malaria en 9 Estados de Brasil. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health. 2013.

IPEA. O que é? Amazônia Legal. Revista Desafios do Desenvolvimento, mar. 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2154:catid=28&Itemid=23> Acesso em 18 de junho de 2014.

LADISLAU, José Lázaro de Brito, LEAL, Maria do Carmo and TAUIL, Pedro Luiz. **Evaluation of the Plan for Intensification of Malaria Control Actions in the Brazilian Amazon region, based on a decentralization process**. Epidemiol. Serv. Saúde, June 2006, vol.15, no.2, p.9-20. ISSN 1679-4974. Acesso em: 27 de junho de 2014.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, **Our Approach to Health Impact**. Disponível em: <<http://www.msh.org/about-us/mission-and-vision>>. Acesso em 01 de novembro de 2013.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Mission and Vision.** <
<http://www.msh.org/about-us/mission-and-vision> > Acesso em: 21 jul 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 21.** Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para Gestão Local do Controle da Malária, 1. Diagnóstico e Tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para Gestão Local do Controle da Malária, 2. Controle Vetorial.** Módulo 2. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Malária.** Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31082>. Acesso em 16 out 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Terapêutica da Malária.** 6a edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Ações de Controle da Malária. Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006

SANTOS, JB; et al. Ação de mosquiteiros impregnados com deltametrina sobre a morbidade da malária em uma área da Amazônia Brasileira. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 1998, vol.31, n.1, pp. 1-9. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821998000100001>>. Acesso em 03 de novembro de 2013.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde . Boletim Epidemiológico Volume 44 . Nº 1. Brasil, 2013

SEPLAN- SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO COORDENADORIA GERAL DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS. Informações Socioeconômicas do Município de Boa Vista – 2010. http://www.seplan.rr.gov.br/roraimaemnumeros/dados_municipios/Boa_Vista.pdf

SILVA, AR, et al. Controle da malária no Estado do Maranhão. Rev. Soc. Bras. Med. Controle da malária no Estado do Maranhão. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Cidade, v. 42, n. 3, p. 318-24, 2009.

TANAKA, OU; MELO, C. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

THE GLOBAL FUND to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. **Caixa de Ferramentas (Toolkit) de Monitoramento e Avaliação Hiv, Tuberculose e Malária e Fortalecimento dos Sistemas de Saúde: Parte 1: O Sistema de M&A e os Requisitos de M&A do Fundo Global**. 3ª. Edição. 2009.

ZUCCHI, P; DEL NERO, C; MALIK, AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, dez 2000.

ANEXO 1 – Eixo 1 - Tabela de notas do Cantá - DIAGNÓSTICO OPORTUNO E TRATAMENTO

DIAGNÓSTICO OPORTUNO E TRATAMENTO		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS= 9</p> <p>7.5 a 9 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 7 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4.0 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Cobertura</i>
1	0.5	Pelo menos 80% de todos os casos dentro do município são diagnosticados nas primeiras 48 horas (tempo que transcorre entre o início dos sintomas e a dispensação do tratamento)
2	1.0	As localidades prioritárias para o uso de testes rápidos não sofreram desabastecimento de testes rápidos no últimos 12 meses.
3	0.0	Não houve desabastecimento de reagentes nem de outros insumos essenciais para o diagnóstico microscópico nos últimos 12 meses.
		<i>Qualidade</i>
4	1.0	Existe um sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico no município.
5	1.0	Existe um processo padronizado para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte, e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico.
6	1.0	A equipe que realiza diagnóstico microscópico ou teste rápido foi capacitada (certificado) ao menos uma vez nos últimos três anos.

7	1.0	Existe algum programa de supervisão mensal/trimestral das unidades de diagnostico e tratamento de malária.
		<i>Tratamento</i>
8	0.0	100% dos casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento (excluir casos especiais e outros).
9	0.0	Em nenhuma das unidades de tratamento houve desabastecimento de ACT na rede nos 12 últimos meses.
TOTAL	5.5	IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA

ANEXO 2 - Eixo 2 - Tabelas de notas do Cantá - BORRIFICAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR

BORRIFICAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS=8</p> <p>7 a 8 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 6.5 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Fase de investigação dos 3 últimos anos</i>
1	0.5	Foi realizada estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.
2	0,5	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia.
		<i>Cobertura</i>
3	0.0	100% das localidades priorizadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.
4	0.0	80% dos prédios nas localidades trabalhadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.
5	1.0	O desabastecimento de inseticida para borrifação nos municípios priorizados não ultrapassou o período de três meses no último ano.
		<i>Qualidade</i>
6	1.0	Existe um abastecimento suficiente de equipamentos de proteção de BRI

		no município.
7	0.0	Existe um procedimento padrão para verificar que o município aplica as normas e protocolos nacionais para a implementação da BRI.
8	1.0	Existe uma equipe capacitada nos procedimentos padrões de BRI ao menos uma vez nos últimos três anos.
TOTAL	4.5	IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA

ANEXO 3 – Eixo 3 - Tabela de notas do Cantá MOSQUITEIROS IMPREGNADOS

MOSQUITEIROS IMPREGNADOS		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS=8</p> <p>7 a 8 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 6.5 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Fase de investigação dos 3 últimos anos</i>
1	1.0	Foi feita estratificação da população em risco a partir da carga de doença e da epidemiologia de transmissão
2	0.5	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.
		<i>Cobertura</i>
3	0.5	Pelo menos 90% da população alvo tem mosquiteiros impregnados instalados.
4	0.0	80% de todos os entrevistados responderam haver dormido sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior.
5	0.5	Pelo menos 90% dos mosquiteiros distribuídos registrados no Vetores Malária.
		<i>Qualidade</i>
6	0.0	Existe no município um procedimento padronizado para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem.
7	0.0	Existem procedimentos padronizados para monitorar a qualidade física dos mosquiteiros utilizados pela população alvo.
8	1.0	Existe procedimento padronizado para monitorar o uso dos mosquiteiros na comunidade.

TOTAL	4.5	IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA
-------	-----	-----------------------------

**ANEXO 4 – Eixo 1 - Tabela de notas de São João da Baliza DIAGNÓSTICO
OPORTUNO E TRATAMENTO**

EIXO1: DIAGNÓSTICO OPORTUNO E TRATAMENTO		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS= 9</p> <p>7.5 a 9 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 7 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4.0 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Cobertura</i>
1	0.5	Pelo menos 80% de todos os casos dentro do município são diagnosticados nas primeiras 48 horas (tempo que transcorre entre o início dos sintomas e a dispensação do tratamento)
2	1.0	As localidades prioritárias para o uso de testes rápidos não sofreram desabastecimento de testes rápidos no últimos 12 meses.
3	1.0	Não houve desabastecimento de reagentes nem de outros insumos essenciais para o diagnóstico microscópico nos últimos 12 meses.
		<i>Qualidade</i>
4	0.0	Existe um sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico no município.
5	0.0	Existe um processo padronizado para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais de distribuição, transporte, e armazenamento de reagentes, testes rápidos e outros insumos essenciais para o diagnóstico.
6	1.0	A equipe que realiza diagnóstico microscópico ou teste rápido foi

		capacitada (certificado) ao menos uma vez nos últimos três anos.
7	1.0	Existe algum programa de supervisão mensal/trimestral das unidades de diagnóstico e tratamento de malária.
		<i>Tratamento</i>
8	1,0	100% dos casos de <i>P. falciparum</i> registrados receberam ACT como tratamento (exclui casos especiais e outros).
9	1.0	Em nenhum das unidades de tratamento houve desabastecimento de ACT na rede nos 12 últimos meses.
TOTAL	6.5	IMPLEMENTAÇÃO INTERMEDIÁRIA

ANEXO 5 – Eixo 2 - Tabelas de notas de São João da Baliza - BORRIFICAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR

EIXO 2: BORRIFICAÇÃO RESIDUAL INTRADOMICILIAR		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS=8</p> <p>7 a 8 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 6.5 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Fase de investigação dos 3 últimos anos</i>
1	1.0	Foi realizada estratificação da população em risco a partir da carga da doença e da epidemiologia da transmissão e condições da moradia para BRI, dentro do município.
2	1.0	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia.
		<i>Cobertura</i>
3	0.0	100% das localidades priorizadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.
4	0.0	80% dos prédios nas localidades trabalhadas foram borrifadas 4 vezes ao ano.
5	1.0	O desabastecimento de inseticida para borrifação nos municípios priorizados não ultrapassou o período de três meses no último ano.
		<i>Qualidade</i>
6	0.0	Existe um abastecimento suficiente de equipamentos de proteção de BRI

		no município.
7	0.0	Existe um procedimento padrão para verificar que o município aplica as normas e protocolos nacionais para a implementação da BRI.
8	1.0	Existe uma equipe capacitada nos procedimentos padrões de BRI ao menos uma vez nos últimos três anos.
TOTAL	4.0	IMPLEMENTAÇÃO DEFICIENTE

ANEXO 6 – Eixo 3 - Tabela de notas de são João da Baliza MOSQUITEIROS IMPREGNADOS

EIXO 3: MOSQUITEIROS IMPREGNADOS		
		<p>TOTAL CRITÉRIOS=8</p> <p>7 a 8 = Implementação adequada</p> <p>4.5 a 6.5 = Implementação intermediária</p> <p>0 a 4 = Implementação deficiente</p>
Nº	Nota	Critérios
		<i>Fase de investigação dos 3 últimos anos</i>
1	1.0	Foi feita estratificação da população em risco a partir da carga de doença e da epidemiologia de transmissão
2	1.0	Os hábitos dos vetores foram estudados e verificados para validar a pertinência da estratégia de mosquiteiros impregnados no município.
		<i>Cobertura</i>
3	0.0	Pelo menos 90% da população alvo tem mosquiteiros impregnados instalados.
4	0.0	80% de todos os entrevistados responderam haver dormido sob um mosquiteiro impregnado na noite anterior.
5	0.0	Pelo menos 90% dos mosquiteiros distribuídos registrados no Vetores Malária.
		<i>Qualidade</i>
6	0.0	Existe no município um procedimento padronizado para educar e monitorar a utilização adequada dos mosquiteiros pelas famílias que os possuem.
7	0.0	Existem procedimentos padronizados para monitorar a qualidade física dos mosquiteiros utilizados pela população alvo.

8	0.0	Existe procedimento padronizado para monitorar o uso dos mosquiteiros na comunidade.
TOTAL	2.0	IMPLEMENTAÇÃO DEFICIENTE

ANEXO 7 INSTRUMENTO 1: Coleta de Informação sobre Diagnóstico Oportuno e Tratamento na Esfera Municipal

1. Informação geral

Município: _____

Nome da (s) pessoa(s) que consolidou a informação: _____

E-mail: _____

2. Diagnóstico por microscopia:

2.1 Quantas unidades realizam os exames de microscopia dentro do município? Favor anotar a quantidade, o ano de referência e a fonte dos dados.

2.2 Quantos trabalhadores estão capacitados (certificado) para fazer diagnóstico de malária? Anexar lista completa de microscopistas. Quais foram capacitados e aprovados na avaliação e a data.

2.3 Por favor anotar a seguinte informação sobre tempo transcorrido entre o início dos sintomas e dispensação do tratamento. Anotar a fonte de informação ao final da tabela.

Ano	Total de pacientes com diagnóstico positivo para P.falciparum	Total de pacientes que receberam tratamento em até 48 horas após o início dos sintomas	Total de pacientes que receberam tratamento depois de 48 horas do início dos sintomas
2009			
2010			
2011			
2012			
2013			

Fonte da informação:

2.4 Existe um sistema para monitorar a qualidade do diagnóstico microscópico na rede? Se sim, por favor descrever detalhadamente e a relação do sistema com as diretrizes nacionais. Se existe um documento que explica este sistema, por favor anexar a este instrumento.

2.5 Houve desabastecimento de reagentes e insumos essenciais para o diagnóstico microscópico em alguma das unidades de diagnóstico e tratamento nos últimos 12 meses? Em caso afirmativo, preencher a seguinte tabela:

Nome da unidade	Insumos desabastecidos	Total de dias que esteve desabastecido	Razões que ocasionaram o desabastecimento

Fonte da informação:

2.6 Existe algum programa de capacitação e supervisão das unidades de diagnóstico e tratamento? Em caso afirmativo, favor descrever com detalhes o programa de capacitação, as atividades realizadas e os resultados obtidos. Se existe documentação escrita, favor anexar.

2.7 Existe algum sistema ou mecanismos para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais e normas para transporte, distribuição, armazenamento de reagentes e outros insumos essenciais para o diagnóstico microscópico? Em caso afirmativo, descrever o sistema ou mecanismo utilizado.

3. Testes rápidos

3.1 Por favor preencher a seguinte tabela:

Ano	Total de testes rápidos	Total de testes reportados

	utilizados	como positivos
2009		
2010		
2011		
2012		
2013		

3.2 Segundo as diretrizes nacionais, estaduais e municipais , em quais localidades deve-se utilizar testes rápidos?

3.3 Segundo as diretrizes nacionais, estaduais e municipais, quem são as pessoas/trabalhadores que devem realizar os testes rápidos?

3.4 As diretrizes mencionadas acima são próprias do município ou são diretrizes do nível municipal?

3.5 Em quais localidades do município são realizados os testes rápidos? Favor anotar a quantidade, o ano de referência e a fonte de dados.

3.6 Quantas pessoas/ trabalhadores estão capacitados para realizar testes rápidos? Favor anotar a quantidade, o ano de referência e a fonte para os dados.

3.7 Houve desabastecimento de testes rápidos em alguma localidade nos últimos 12 meses? Em caso afirmativo, por favor preencher a tabela abaixo e anotar a fonte da informação ao final da tabela.

Nome da localidade	Total de dias que esteve desabastecido de testes rápidos	Razões que ocasionaram o desabastecimento

Fonte da informação:

3.7 Como são distribuídos os testes rápidos, particularmente nas localidades distantes?

3.8 Existe um sistema ou mecanismos para monitorar o cumprimento das diretrizes nacionais e normas para transporte, distribuição e armazenamento e utilização de testes rápidos? Se sim, descrever o sistema ou mecanismos implementados.

3.9 Existe algum programa de supervisão de pessoal que utiliza os testes rápidos? Se afirmativo, por favor descrever em detalhes o programa, as atividades que realiza e os resultados obtidos. Se existe documentação oficial escrita, favor anexar.

4. Tratamento para *P. falciparum*

4.1 Por favor preencher a tabela seguinte:

Ano	Total de casos de <i>P. falciparum</i> diagnosticados	Dos casos diagnosticados, número de casos que foi indicado tratamento de ACT (favor excluir gestante do primeiro trimestre e crianças menores de 6 anos)	Total de tratamentos de ACT dispensados ou distribuídos para as unidades	Total de casos que receberam tratamento com ACT
2009				
2010				
2011				

2012				
2013				

Fonte de informação:

4.2 Houve desabastecimento de ACT em algum dos 12 meses anteriores? Se afirmativo, por favor preencher a tabela seguinte e anotar a fonte de informação ao final da tabela.

Nome da unidade	Total de dias que esteve desabastecido de ACT	Razões que ocasionaram o desabastecimento

Fonte da informação:

5. Comentários e esclarecimentos

Por favor utilizar este espaço para anotar qualquer comentário ou esclarecimento em relação à informação relatada no questionário.

ANEXO 8 - INSTRUMENTO 2: COLETA DE INFORMAÇÃO SOBRE BORRIFICAÇÃO NA ESFERA MUNICIPAL

1. Informação geral

Município: _____

Nome pessoa (s) que consolidou a informação: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

2. Fase de investigação/preparação nos últimos 3 anos

2.1 Nos últimos três anos, foi feita uma estratificação da população em risco a partir da carga de doença e a epidemiologia da transmissão e condições de moradia? Se afirmativo, por favor descrever os procedimentos que se implementaram e os resultados da estratificação. Anexar os relatórios de estratificação.

2.2 Se estudou e verificou os hábitos dos vetores em algum momento nos três últimos anos? Se afirmativo, por favor descrever os estudos realizados, ano de realização e principais resultados. Se existem relatórios sobre tais estudos, favor incluir como anexo as cópias (eletrônicas ou impressas) dos mesmos.

2.3 Foi analisada a pertinência da estratégia de BRI em relação aos hábitos dos vetores e condições de moradia nas localidades/prédios-alvo do programa? Se afirmativo, descrever o processo seguido. Se existe um relatório sobre tal procedimento/análise, favor anexá-lo.

3. Uso de inseticidas e outros insumos necessários

3.1 Qual inseticida se utiliza atualmente para a BRI? Se vários, favor incluir todos.

3.2 Houve desabastecimento de inseticida para BRI nos 12 últimos meses? Em caso afirmativo, por favor completar a tabela seguinte e anotar a fonte de informação ao final da tabela:

Total de meses que esteve desabastecido de inseticida	Razões que ocasionaram o desabastecimento

Fonte da informação:

3.4 Houve desabastecimento de algum outro insumo ou equipamento essencial para a BRI (equipamentos de proteção individual, bombas, etc.) nos 12 últimos meses? Se sim, por favor complete a tabela seguinte e inclua a fonte de informação ao final da tabela:

Tipo de insumo e número de meses que durou o desabastecimento	Razões que ocasionaram o desabastecimento

Fonte da informação:

4. Cobertura da BRI:

4.1 Favor completar a tabela seguinte:

INDICADORES	FONTE DE INFORMAÇÃO					
	ANO	2009	2010	2011	2012	2013
Número de localidades prioritárias						

Número de localidades prioritárias borrifadas 4 vezes por ano						
Número total de prédios nas localidades prioritárias						
Número total de prédios nas localidades prioritárias que foram borrifadas 4 vezes ao ano						

4. Guias nacionais ou estaduais para utilização de BRI

4.1 O município utiliza os guias/diretrizes estaduais ou tem seus próprios guias? Caso tenha seus próprios guias, favor incluir uma cópia em versão eletrônica ou impresa.

4.2 Segundo os guias que o Estado utiliza (seja o guia nacional ou do próprio estado), em que situações deve-se aplicar a BRI e com que frequência?

4.3 Existe no município um sistema ou mecanismos para monitorar que os municípios aplicam as diretrizes nacionais, protocolos e normas para aplicar borrifação residual intradomiciliar? Se afirmativo, descrever o sistema ou mecanismos utilizados e procedimentos e incluir uma cópia dos procedimentos implementados.

5. Capacitação

5.1 A equipe está capacitada nos procedimentos padrões para realizar BRI ao menos uma vez nos últimos 3 anos? Favor anexar os relatórios de capacitação e a lista geral da equipe que trabalha com BRI, quais foram capacitados e forneça a data.

6. Comentários e esclarecimentos

Por favor utilizar este espaço para anotar qualquer comentário ou esclarecimento em relação a informação relatada no questionário.

ANEXO 9 - INSTRUMENTO 3: COLETA DE INFORMAÇÃO SOBRE MOSQUITEIROS IMPREGNADOS NA ESFERA MUNICIPAL

1. Informação geral

Município: _____

Nome da(s) pessoa (s) que consolidou a informação: _____

E-mail: _____

2. Fase de investigação/preparação nos últimos 3 anos

2.1 Nos três anos recentes, foi feita uma estratificação da população em risco a partir da carga de doença e a epidemiologia da transmissão? Se afirmativo, por favor descrever os procedimentos que se implementaram e os resultados. Anexar os relatórios.

2.2 Foram estudados e verificados os hábitos dos vetores? Se afirmativo, por favor descrever os estudos que se realizaram, ano de realização e principais resultados. Se existem informações sobre tais estudos, por favor conseguir cópias dos mesmos e anexá-los.

2.3 Foi analisada a pertinência de implementar a estratégia de mosquiteiros impregnados no Estado em relação aos hábitos dos vetores? Se afirmativo, descrever o processo utilizado para analisar e avaliar a pertinência da estratégia. Se existe um relatório, favor anexá-lo.

3. Início do programa e cobertura

3.1 Em que ano teve início a distribuição de mosquiteiros para a população-alvo dentro do Estado?

3.2 Existe compra de mosquiteiros pelo setor privado? Se afirmativo, qual o papel do município em verificar que são cumpridas as diretrizes nacionais/estaduais para aquisição, distribuição e instalação de mosquiteiros impregnados por tal setor?

3.3 Por favor, completar a tabela seguinte (a partir do ano em que se introduziu a estratégia de mosquiteiros impregnados):

Ano	População-alvo total	Total de novos mosquiteiros instalados

2009		
2010		
2011		
2012		
2013		

Fonte:

3.4 Em relação ao uso dos mosquiteiros pela população-alvo, favor preencher a tabela seguinte:

Ano	Percentual dos entrevistados que responderam haver dormido embaixo do mosquiteiro na noite anterior	Fonte de informação e reportar se os dados provenientes do total de municípios ou de alguma mostra. <i>NOTA: Anexar os relatórios dos estudos específicos</i>
2009		
2010		
2011		
2012		
2013		

4. Guias nacionais ou Estaduais para mosquiteiros impregnados e processos de implementação:

4.1 O município utiliza os guias/diretrizes nacionais ou estaduais possuem seus próprios guias? No caso de um guia municipal, incluir uma cópia em versão eletrônica ou impressa.

4.2 Existe algum procedimento padronizado pelo município para educação e monitoramento para garantir a utilização adequada dos mosquiteiros recebidos pelas famílias? Em caso

afirmativo, por favor descrever o procedimento e anexar os protocolos/guias educativos e guias de supervisão que são parte de tais procedimentos.

4.3 Existe algum procedimento padrão para supervisionar, monitorar a qualidade física dos mosquiteiros instalados ? Se sim, por favor descrever o procedimento e anexar os protocolos/guias de supervisão que são parte de tais procedimentos.

4.4 Existe algum procedimento padronizado pelo município para monitorar o uso do mosquiteiro instalado é apropriado ao contexto geográfico/social/cultural do Estado? Se há, por favor descrever o procedimento e anexar os protocolos/guias de monitoramento que são parte de tais procedimentos.

4.5 Os dados de distribuição dos mosquiteiros foram registrados no Vetores Malária? Se sim informar o percentual de mosquiteiros que foram registrados no sistema.

5. Comentários e esclarecimentos

Por favor utilizar este espaço para anotar qualquer comentário ou esclarecimento em relação a informação relatada no questionário.

ANEXO 10 – DIAGNÓSTICO ENTOMOLÓGICO DE SÃO JOÃO DA BALIZA – 2013.

SÃO JOÃO DA BALIZA
PERÍODO: 15/04/2013 a 19/04/2013

EQUIPE TÉCNICA: *Valdenor Alves Macêdo*
Clovis Maksyhung
Francisco Maciel
Carlos Alberto Muniz

Boa Vista – RR
15/05/2013

DIAGNÓSTICO ENTOMOLÓGICO

Com base nos resultados obtidos no levantamento entomológico realizado pelos técnicos do Núcleo Estadual de Entomologia, o perímetro urbano da cidade de São João da Baliza, apresenta alto risco para transmissão da Malária, tanto em função da ocorrência e densidade do vetor ***Anopheles darlingi*** como pelo o quadro atual da incidência de casos da doença que é elevado não só no perímetro urbano, como em determinadas áreas rural do município; ambas contribuindo mutuamente para manutenção da malária no município.

Diante da atual situação que se verificou pelo diagnóstico entomo-epidemiológico onde, todos os criadouros localizados no entorno da cidade são potencialmente favoráveis ao desenvolvimento de vetores da Malária, apresentando o ***Anopheles darlingi***, vetor transmissor da doença, com maior densidade conforme demonstra o quadro 01, faz-se necessário à implementação de medidas mitigadoras que contribuam para a redução da incidência de casos de Malária no perímetro urbano da cidade de São João da Baliza.

QUADRO 01: ESPÉCIES IDENTIFICADAS

LOCALIDADE	COLETA DE LARVAS				COLETA DE ADULTOS		
	1º e 2º Estádio	3º Estádio	4º Estádio	Espécies/%	Intr a	Per i	Espécies/%

Manoel Bezerra – Bairro	X	X	X	<i>An. darlingi</i> 100%	X	X	<i>An. darlingi</i> 95,6% <i>An. triannulatus</i> 4,4%
União – Bairro	-	-	-	-	-	X	<i>An. darlingi</i> 66,6% <i>An. albitarsis</i> 33,4%

Legenda Intra: Intradomicílio - Peri: Peridomicílio

PARECER TÉCNICO

Considerando-se os resultados entomológicos de ocorrência do vetor, que está disseminado por todo o entorno periférico da cidade de São João da Baliza, será necessário implementar medidas integradas de controle, de forma contínua, que possibilitem:

1. Ampliar a busca ativa de casos para um atendimento rápido aos pacientes. Este procedimento permite que o número de pacientes com malária decresça, reduzindo a fonte de infecção pelo *Plasmodium* e, conseqüentemente, a quantidade de mosquitos infectados.
2. Monitoramento contínuo das populações de anofelinos, quanto à evolução da densidade e do comportamento em relação ao homem.
3. Realizar atividades de borrifação intradomiciliar, em ciclos trimestrais, em função do tempo residual da Alfa Cipermetrina SC 200.
4. Implementar as ações de tratamento espacial (termonebulização), em situações de surto epidêmico, a partir das 18:30hs nas áreas indicadas pela equipe de entomologia, objetivando reduzir o contato homem/vetor.
5. Desencadear o uso de mosquiteiros impregnados com piretróides, nas áreas de risco, principalmente pela população residente em imóveis com situações mais precárias.
6. Realizar o clareamento dos **criadouros** com a realização de podas das árvores que sobreiam os mesmos, bem como a desobstrução de pontos nos referidos criadouros que impedem o escoamento da água, nos quais os

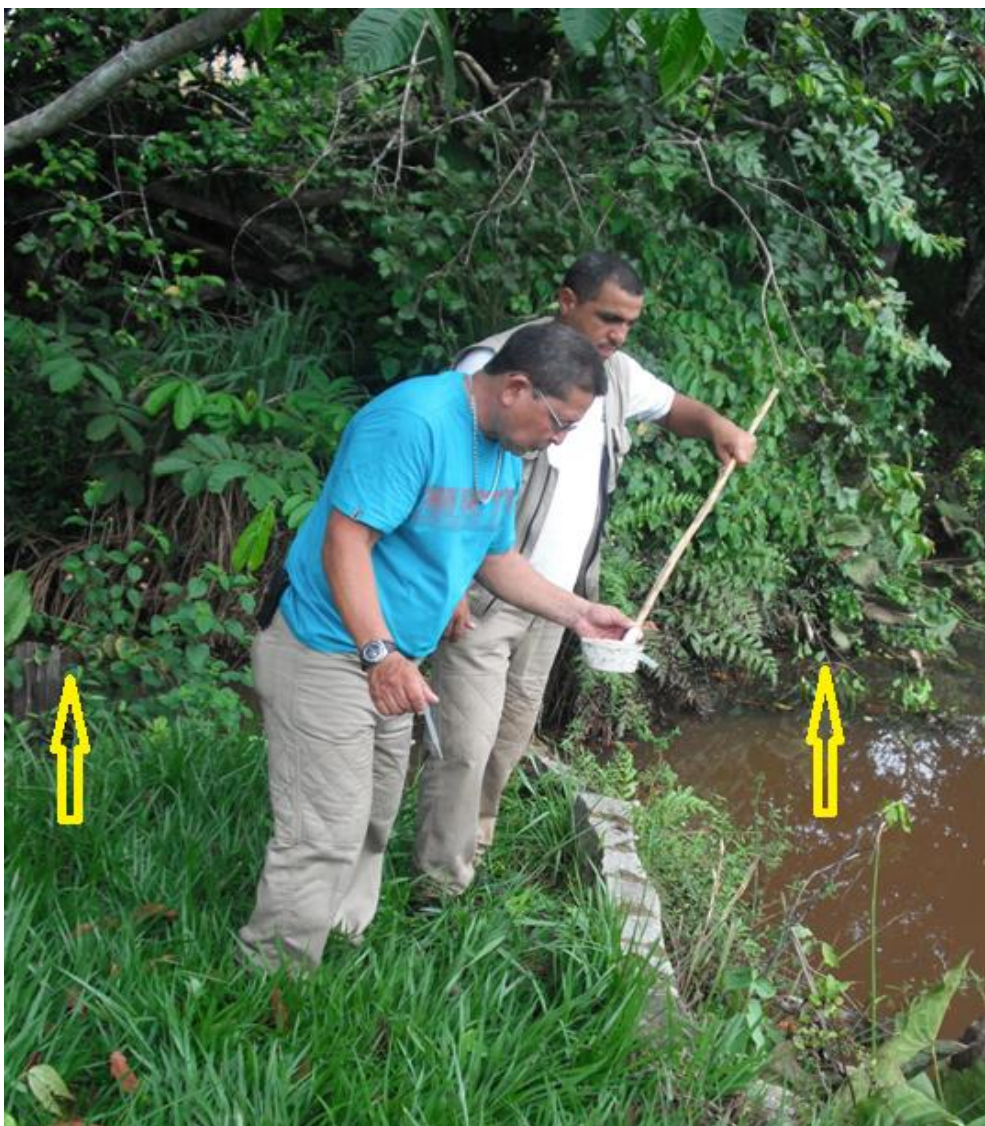
vetores estão se desenvolvendo, de forma a deixa-los sobre a incidência direta dos raios solares e com vazão de água satisfatória.

A efetividade dessas ações dependerá de recursos humanos suficientes e capacitados, equipamentos em boas condições de uso e bem regulados e laboratórios de diagnóstico com infraestrutura e capacidade de análise rápida.









De acordo com as imagens acima apresentadas dos pontos que foram avaliados, sugerimos que nos pontos identificados, bem como em pontos do criadouro considerado urbano que apresentem as mesmas características, sejam providenciado manejo ambiental de acordo com as medidas já descritas neste documento (medida 06) ou, outro processo de saneamento que possa contribuir para o controle da malária, sem que haja riscos ambientais e que seja de acordo com as normatizações da política ambiental vigente. Tendo em vista que o criadouro é considerado urbano e permanente (igarapé), apresentando vegetação submersa, flutuante, bem como vegetação abundante de pequeno e médio porte que margeiam todo seu perímetro de extensão, oferecendo todas as condições para o desenvolvimento do vetor da malária.